This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

A. LUTAUD

MANUEL COMPLET DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

A. MALOINE ÉDITEUR

MANUEL COMPLET

DE

GYNÉCOLOGIE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

DU MÊME AUTEUR

Leçons de gynécologie opératoire, professées à Paris (Palais des Sociétés savantes), en collaboration avec le docteur VULLIET, professeur à la Faculté de médecine de Genève; un vol. in-8° de 500 pages, avec 200 fig. dans le texte; 2e édition. — Paris, 1890. — Épuisé.

Consultations sur les maladies des femmes, formulaire médical approprié aux cas les plus fréquents de la pratique gynécologique; un vol. in-12; 2e édition. — Paris, 1900.

Traité clinique des maladies des femmes, de G. THOMAS, de New-York, traduit et annoté par A. LUTAUD; un vol. in-8° de 800 pages, avec préface analytique du professeur PAJOT; 2e édition. — Paris, 1887.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical; in-12 de 240 pages; 3e édition. — Paris, 1895.

Du vaginisme, suivi d'une leçon clinique du professeur LORAIN; in-8° de 80 pages. — Paris, 1874. — Épuisé.

Traité de la fièvre typhoïde de CH. MURCHISON, traduit de l'anglais par le docteur LUTAUD; in-8° de 400 pages. — Paris, 1878. — Épuisé.

Traité pratique de l'art des accouchements, en collaboration avec le professeur DELORE (de Lyon); un vol. in-8° de 500 pages. — Paris, 1882.

Manuel de chirurgie antiseptique, de MAC CORMAC, traduit de l'anglais par le docteur LUTAUD; un vol. in-8° de 360 pages. — Paris, 1882.

Étude sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre, en collaboration avec le docteur W.-D. HOGG; un vol. in-8° de 300 pages, avec 45 plans. (Cet ouvrage a été cité honorablement par l'Institut.) — Paris, 1890. — Épuisé.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale; un vol. in-12 de 736 pages; 5e édition. — Paris, 1892.

MANUEL COMPLET

DE

GYNÉCOLOGIE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

PAR

A. LUTAUD

Professeur libre de Gynécologie, Médecin adjoint de Saint-Lazare,
Membre fondateur de la Société obstétricale et Gynécologique de Paris ;
Membre de la Société gynécologique de Londres ;
de la Société de Médecine légale de France, etc.

NOUVELLE ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

CONTENANT LA

TECHNIQUE OPÉRATOIRE COMPLÈTE

Et 607 figures dans le texte.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

PRÉFACE

DE LA QUATRIÈME ÉDITION

Les quelques lecteurs qui ont entre les mains la première édition de ce livre, parue en 1883 dans la *Collection diamant* de l'éditeur G. Masson, seront sans doute surpris du développement qu'a pris la quatrième édition que je présente aujourd'hui à mes confrères.

Il n'y a plus aucun rapport, en effet, entre la gynécologie de Nonat, de Courty et de Churchill et celle que nous pratiquons aujourd'hui; la pathologie médicale, qui consacrait autrefois de longs chapitres aux différentes formes de la métrite, a été remplacée par les méthodes descriptives claires et précises qui ont fait évoluer la gynécologie vers la chirurgie.

J'ai assisté à cette évolution et je crois y avoir quelque peu contribué en faisant connaître en France la technique d'un grand nombre d'opérations d'abord pratiquées à l'Etranger avant d'avoir conquis chez nous le droit de cité. Si les opérations applicables à la Fistule vésico-vaginale et aux Kystes de l'ovaire ont été inventées par des Français (Jobert de Lamballe et Kœberlé), il faut reconnaître que c'est à Sims et à Spencer Wells que revient l'honneur d'en avoir généralisé les applications.

Mais si je reconnais volontiers que la chirurgie a pris une place prépondérante dans la thérapeutique des maladies des femmes, j'estime que la pathologie médicale proprement dite ne saurait être exclue d'un ouvrage consacré à l'étude de ces maladies. Non seulement il existe encore chez la femme un nombre considérable d'affections justiciables d'un traitement purement médical, mais l'acte opératoire lui-même ne saurait être décidé qu'après avoir établi le diagnostic

basé sur l'étude attentive des commémoratifs et des symptômes. L'anatomie pathologique et l'histologie doivent également être approfondies par le médecin qui veut s'adonner à la pratique de la gynécologie.

C'est en m'appuyant sur ces considérations que j'ai écrit cette nouvelle édition ; si j'ai dû, pour le traitement, consacrer la plus grande place à la technique opératoire, je me suis efforcé de conserver ce que la thérapeutique médicale avait de rationnel ; j'ai tenu surtout à développer l'étude des symptômes et à conserver une place suffisante à l'histologie et à l'anatomie pathologique.

Je crois du reste que l'envahissement de la pathologie génitale par la chirurgie a atteint son maximum d'intensité et que le siècle que nous commençons verra refleurir la Gynécologie conservatrice. Je ne voudrais pas, comme beaucoup de mes confrères, insister sur les abus qui ont pu être commis, mais je suis obligé de constater que la chirurgie abdominale a subi des variations invraisemblables pendant ces vingt dernières années. Je n'en veux citer pour preuve que l'Hystérectomie vaginale qui, après avoir joui en France d'une vogue immense de 1885 à 1895, a été condamnée par quelques chirurgiens au *Congrès français de chirurgie* en 1899. Si quelques-unes de ces variations s'expliquent par les progrès de l'asepsie et de la technique, n'en pourrait-on pas attribuer quelques-unes à la mode ou plutôt à ce besoin incessant de mouvement qui caractérise la génération actuelle qui veut toujours du nouveau ?

Je n'approfondirai pas la question ; je l'ai simplement soulevée pour montrer les difficultés qu'éprouve l'auteur d'un *manuel*, c'est-à-dire d'un livre destiné aux praticiens et qui doit contenir tout ce qu'il est vraiment utile de connaître : l'*ancien* comme le *nouveau*.

Ce sont ces difficultés que j'ai essayé de résoudre, en résumant, sous une forme aussi claire et concise que possible, l'ensemble de nos connaissances et en faisant un triage parmi les innombrables procédés opératoires proposés pendant ces dernières années.

Adonné depuis plus de vingt ans à la pratique de la gynécologie, j'ai suivi avec le plus vif intérêt l'évolution accomplie pendant le dernier quart du siècle dernier ; j'ai fait en Amérique, en Angleterre,

et en Allemagne les séjours nécessaires pour apprécier la valeur de la pratique, parfois trop vantée, de nos confrères étrangers; j'ai cru, dans de telles conditions, pouvoir présenter aux médecins français, sinon une œuvre indispensable, du moins utile et pratique.

Tout en refondant entièrement l'ouvrage j'ai pu conserver le plan primitif qui est celui des anciens auteurs et qu'on a eu le tort, à mon avis, d'abandonner dans la plupart des livres contemporains. Il me paraît en effet plus rationnel de commencer l'étude des maladies des organes génitaux par la vulve pour finir par l'ovaire; il m'a paru également utile de conserver le chapitre consacré à l'anatomie, à la tératologie et à la physiologie; non seulement ces données peuvent présenter un caractère spécial dans un manuel de gynécologie, mais le lecteur a presque constamment besoin de se reporter à l'anatomie des organes lorsqu'il étudie la technique opératoire.

J'ai tenu également à faire figurer, à la suite de chaque affection, la Technique de l'opération qui peut lui être applicable, n'imitant pas en cela les auteurs qui décrivent dans une partie spéciale la Gynécologie opératoire. J'estime que, pour être complète, la description d'une maladie doit être suivie de sa thérapeutique médicale et chirurgicale. J'ai donc suivi la vieille méthode qui consiste à considérer successivement pour chaque affection l'*anatomie pathologique*, l'*étiologie*, la *symptomatologie*, la *marche*, le *traitement médical* et le *traitement chirurgical*.

Comme ce livre est surtout destiné aux praticiens, j'ai donné une place prépondérante au *traitement* et surtout à la *thérapeutique chirurgicale*. C'est ainsi qu'on trouvera dans ce volume la technique opératoire et la critique de toutes les *Opérations gynécologiques*, mineures ou majeures, depuis le Curettage jusqu'aux Laparotomies les plus audacieuses. Si les médecins qui exercent dans les petites villes ne peuvent pas toujours aborder la pratique de la chirurgie abdominale, ils ne peuvent ignorer la technique et les indications d'opérations qu'ils doivent conseiller et auxquelles ils doivent assister comme aides.

Mais si les grandes interventions sont décrites et discutées, je me suis surtout attaché à faire connaître les opérations accessibles à l'immense majorité des médecins.

C'est ainsi que je n'ai épargné aucun détail relatif à la *petite chi-*

rurgie, à l'*asepsie*, au *choix des instruments*, aux *positions* et *explorations gynécologiques*. Au risque d'être prolixe, j'ai tenu à faire connaître l'arsenal gynécologique moderne que nos fabricants français ont porté à un degré de perfection qui n'a jamais été égalé à l'étranger.

Les *opérations autoplastiques* (Périnéorrhaphies, Colporrhaphies, etc.), qui sont aujourd'hui à la portée de tous les praticiens, ont été décrites avec minutie et accompagnées de nombreuses planches.

J'ai encore donné de plus grands développements à la description et surtout au *traitement mécanique des déplacements utérins*.

Une expérience de plus de vingt années m'a appris qu'on peut souvent, avec un pessaire approprié, corriger les déviations les plus graves pour lesquelles l'hystérectomie avait été conseillée. Le plus modeste médecin de campagne doit, dans ces cas, rendre les mêmes services que le maître le plus illustre.

Il en est de même pour le *Vaginisme*, la *Stérilité*, les *Affections inflammatoires et infectieuses de la vulve, du vagin et de l'utérus* dont la thérapeutique est rarement opératoire.

Au risque d'être considéré comme réactionnaire, j'ai consacré un article au *traitement hydro-minéral* des métrites, estimant qu'on a trop négligé nos stations thermales pendant ces dernières années; beaucoup d'entre elles offrent à la gynécologie les ressources les plus précieuses.

Ainsi présenté, j'ose espérer que ce livre occupera une place utile entre les simples *Mémentos* et les ouvrages plus volumineux qui ont été publiés pendant ces dernières années.

Tout en donnant de grands développements à la thérapeutique et à la technique opératoires, j'ai tenu à conserver le titre et les proportions d'un *Manuel*; c'est pour cette raison que j'ai dû restreindre certaines parties trop théoriques et supprimer la Bibliographie. Il est en effet difficile, dans un livre pratique, de couper à chaque instant le texte par des citations et d'étaler une érudition dont le lecteur n'a le plus souvent aucun souci.

Je me suis efforcé cependant de mentionner la plupart des auteurs auxquels la gynécologie est redevable d'un progrès sérieux ou d'une technique opératoire nouvelle. C'est ainsi qu'on verra presque cité à chaque page le nom de Péan à qui la chirurgie abdominale doit les

plus importants progrès. Pendant bien des années encore l'ombre de ce grand opérateur planera sur la chirurgie française. Viennent ensuite, parmi les jeunes, les noms de Segond, de Pozzi, de Reynier, de Peyrot, de Ricard, de Lejars, de Guinard, de Doyen, de Bouilly, de Richelot et de tant d'autres qui ont illustré la gynécologie française pendant ces dix dernières années.

En Angleterre je me suis surtout inspiré des travaux de Lawson Tait, de Granville Bantock et de Barnes dont je m'honore d'avoir été l'élève ou l'ami.

En Amérique, il faut d'abord citer Marion Sims qu'on doit considérer comme un des fondateurs de la gynécologie moderne et dont j'ai été pendant plusieurs années l'assistant; puis ses continuateurs : Gaillard Thomas, Tuttle, W. Polk, Emmet, Harry Sims, Dudley, Byford, de Chicago; H. Kelly, de Baltimore.

Enfin j'ai mis à contribution, en Allemagne, les travaux de A. Martin, de Schrœder, de Freund, de Hégar, de Hofmeier; en Suisse, ceux de A. Reverdin, de Vulliet, de Muller; en Italie, ceux d'Amabile, de Bossi, de Gênes.

Je n'ai pas la prétention, dans cette courte énumération, de citer tous les noms auxquels la gynécologie doit quelques progrès, mais seulement ceux dont les travaux ont été le plus souvent mis à contribution pour la rédaction de ce manuel.

Je dois cependant remercier plus particulièrement ceux qui m'ont aidé dans ma tâche et ont mis à ma disposition de précieux documents. D'abord M. Paul Segond, qui m'a permis de reproduire une partie de son travail sur l'*Hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes* et à qui j'ai emprunté ses remarquables conclusions sur la *Grossesse extra-utérine;* puis mon ami Paul Reynier qui m'a fourni la technique sur l'*Hystérectomie totale* qu'il a présentée au congrès d'Amsterdam en 1899; enfin M. P. Ricard à qui nous devons le travail le plus récent et le plus complet sur le *Traitement chirurgical du cancer utérin.* La date de ces travaux montre le souci que j'ai eu de maintenir ce livre au courant des plus récentes innovations.

J'ai cru devoir, pour les figures, abandonner la plupart des anciens clichés parus dans les éditions antérieures et qui avaient vieilli. Grâce

à l'extrême obligeance de Mme Péan, j'ai pu utiliser un grand nombre des dessins qui avaient figuré dans les derniers ouvrages de ce maître regretté; parmi celles-ci se trouvent les admirables planches d'histologie de M. le professeur Cornil; d'autres ont été dessinées sous ma direction ou par moi-même; ces dernières sont, pour la plupart des schémas fort imparfaits, mais assez clairs pour aider à la compréhension du texte. Enfin j'ai emprunté quelques clichés aux meilleurs ouvrages étrangers et notamment à ceux de Barnes, de Balls Headley, de Byford et de Bumm. Une table placée à la fin du volume, indique autant que possible leur provenance.

Grâce aux soins de mon éditeur, M. Maloine, l'exécution matérielle de cet ouvrage ne laisse rien à désirer; je lui adresse mes remerciements.

TABLE DES MATIÈRES

Les tables alphabétiques et les tables des figures sont placées à la fin du volume.

Une table indiquant les principales opérations (TECHNIQUE OPÉRATOIRE) se trouve page XXV.

PLAN ET DIVISION

Cet ouvrage est divisé en huit parties :

PREMIÈRE PARTIE. — *Anatomie, embryologie, physiologie, tératologie, vices de conformation des organes génitaux de la femme ;*

DEUXIÈME PARTIE. — *Méthodes d'exploration ; procédés de diagnostic et de traitement ;*

TROISIÈME PARTIE. — *Petite chirurgie gynécologique ;*

QUATRIÈME PARTIE. — *Maladies de la vulve, de la vessie, du vagin et du périnée;*

CINQUIÈME PARTIE. — *Maladies de l'utérus ; inflammations. tumeurs ; opérations pratiquées sur l'utérus ;*

SIXIÈME PARTIE. — *Inflammations et infections péri-utérines ;*

SEPTIÈME PARTIE. — *Tumeurs péri-utérines; hématocèle, grossesses ectopiques ;*

HUITIÈME PARTIE. — *Tumeurs ovariennes et péri-ovariennes ; kystes de l'ovaire.*

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE, EMBRYOLOGIE, PHYSIOLOGIE, TÉRATOLOGIE ET VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX

CHAPITRE PREMIER

DE LA VULVE

Anatomie. — Les plans anatomiques de la vulve. Le pénil ou Mont de Vénus. Les grandes lèvres. La fourchette, la fosse naviculaire, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, le méat urinaire, les glandes vulvo-vaginales. La membrane hymen, les caroncules myrtiformes . . . . . 1 à 6

Développement des organes génitaux externes. — Formation du cloaque, le tubercule génital, l'état indifférent, le sinus uro-génital, développement de l'hymen . . . . . 6 à 8

Anomalies et vices de conformation des organes génitaux externes. — État rudimentaire de la vulve, atrésie de la vulve et de l'anus. Persistance du sinus uro-génital. Persistance du cloaque, absence de l'urètre, ouvertures anormales de la vessie.

Hermaphrodisme. — L'hermaphrodisme vrai ; pseudo-hermaphrodisme ; hermaphrodisme apparent ; hermaphrodisme par excès, hermaphrodisme latéral ; hermaphrodisme transverse. . . . . 8 à 12

CHAPITRE II

DU VAGIN

Anatomie. — Longueur et calibre du vagin ; culs-de-sac et sinus ; les muscles constricteurs ; le bulbe ; la lyre du vagin ; rôle physiologique ; développement.

Anomalies et vices de conformation. — Absence du vagin ; arrêt de développement ; cloisonnement du vagin ; ouvertures anormales . . . . 13 à 18

CHAPITRE III

LA VESSIE, L'URÈTRE, LE RECTUM ET LE PÉRINÉE

Rapports de la vessie, de l'utérus et du rectum ; l'urètre féminin ; le rectum, l'anus et le périnée ; le corps périnéal. . . . . 19 à 22

CHAPITRE IV

DE L'UTÉRUS

Rapports de l'utérus ; le col utérin ; aspect du col chez les nullipares et les multipares ; le col conique ; conformation intérieure de l'utérus ; structure de l'utérus ; histologie de la muqueuse ; vaisseaux et nerfs ; développement.

Anomalies et vices de conformation. — Duplicité et bifidité de l'utérus ; arrêt de développement ; utérus infantile ; utérus fœtal ; hypertrophie ; atrésie et rétrécissements de l'orifice. . . . . 23 à 38

CHAPITRE V

DES OVAIRES, DES TROMPES ET DES LIGAMENTS LARGES

Vaisseaux de l'ovaire, varicocèle ovarien ; structure de l'ovaire ; vésicules ovariennes et ovules ; ligaments de l'ovaire.

Physiologie de l'ovaire. — Menstruation ; ovulation ; formation des corps jaunes ; développement de l'ovaire.

Les trompes ou oviductes. — Le ligament tubo-ovarien, le pavillon ; structure des trompes. . . . . 39 à 47

CHAPITRE VI

LE PÉRITOINE PELVIEN CHEZ LA FEMME
LES LIGAMENTS DE L'UTÉRUS

Le péritoine sur la vessie ; cul-de-sac vésico-utérin ; cul-de-sac de Douglas.

Les ligaments de l'utérus constitués par des replis du péritoine ; ligaments anté-

rieurs ou ligaments ronds; ligaments larges; ligaments utéro-sacrés; le péritoine et les parois latérales du bassin. . . . . 48 à 51

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODES D'EXPLORATION; PROCÉDÉS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

DES POSTURES POUR LES EXAMENS ET OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Position debout; décubitus dorsal simple; meubles spéciaux et tables d'opérations; décubitus dorsal pour opérations; décubitus dorso-fessier; position génu-pectorale; décubitus latéral gauche . . . . . 53 à 62

CHAPITRE II

PROCÉDÉS D'EXPLORATION ET DE DIAGNOSTIC

Toucher et palpation. — Examen de la paroi abdominale; palpation et auscultation; toucher vaginal; toucher debout, dans le décubitus, dans la position latérale gauche; toucher chez les vierges; toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale; toucher rectal simple; toucher rectal combiné avec l'examen vaginal; toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical; toucher rectal par la méthode de Simon; palpation combinée avec le cathétérisme utérin. . . . . 63 à 72

Examen au spéculum. — Les spéculums cylindriques et les spéculums à valves; spéculum de Sims; introduction du spéculum; meubles spéciaux pour le spéculum. . . . . 73 à 78

Cathétérisme utérin. — Précautions préalables; sondes rigides et sondes molles; introduction de l'hystéromètre sans spéculum; le cathétérisme dans la posture génu-pectorale; le cathétérisme chez les vierges; indications du cathétérisme . . . . . 79 à 84

TROISIÈME PARTIE

PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

LA DÉSINFECTION OPÉRATOIRE. L'IRRIGATION ET L'ASEPSIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Désinfection et asepsie.— Les théories microbiennes; la méthode de Lister; le nettoyage base de la désinfection; les antiseptiques employés en gynécologie: le sublimé, l'iodoforme, le salol, l'acide phénique, le permanganate de potasse. . . . . 85 à 89

Précautions antiseptiques, anté-opératoires. — Nettoyage de la vulve; injections vaginales; injections chaudes; injections intra-utérines. . . . 90 à 95

Milieu opératoire; préparation de l'opérée; aides et instruments. — Cliniques et

maisons de santé. Peut-on faire des opérations importantes en ville ? La salle d'opération ; tables opératoires portatives et aseptiques ; mobilier spécial ; étagères et chariots pour hôpitaux et cliniques, boîtes à instruments et cuvettes . . . . . 95 à 99

Préparation de l'opérée. — Purgation préalable, nettoyage, bains, désinfection de la peau . . . . . 99 à 101

L'opérateur et les aides. — Le nombre des aides, la désinfection des mains . . . . . 101 à 102

Instruments et objets de pansement. — Appareils à stérilisation ; modes de désinfection, flambage, ébullition ; objets de pansement ; éponges, tampons ; compresses . . . . . 102 à 105

CHAPITRE II

MOYENS DE SUTURE. HÉMOSTASE. DRAINAGE ET TAMPONNEMENT

Moyens de suture. — Avivement ; bistouri et ciseaux spéciaux ; aiguilles ; porte-aiguilles ; fils pour les sutures ; catgut, soie, crins de Florence, fils d'argent ; suture à points séparés, suture à surjet ; suture enchevillée ; suture en bourse ; suture sous-cutanée . . . . . 106 à 116

Hémostase. — Forcipressure ; torsion ; ligature ; irrigation continue ; hémostase provisoire et définitive ; ligature en masse ; ligature élastique ; clamps ; nœud de Bantock ; nœud de Lawson Tait pour les pédicules ; tamponnement hémostatique vaginal et utérin ; columnisation du vagin ; tamponnement intra-utérin . . . . . 116 à 121

Drainage. — Drainage post-opératoire ; drainage abdominal, vaginal, péritonéal ; drainage thérapeutique . . . . . 121 à 123

CHAPITRE III

PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Abaissement de l'utérus. — Prolapsus artificiel ; la pince à griffes ; indications et contre-indications du prolapsus artificiel. . . . . 124 à 128

Dilatation de l'utérus. — Dilatateurs intra-utérins mécaniques ; dilatation par les sondes et les bougies ; tente-éponge ; laminaire, tupelo ; dangers de la tente utérine ; dilatation complète de la cavité utérine ; procédé de Hegar ; procédés de Vulliet ; spéculums intra-utérins . . . . . 128 à 135

Curetage et lavage de l'utérus. — Indications du curetage ; différentes formes de curettes ; manuel opératoire du curetage ; lavage de l'utérus ; cautérisation après le curetage . . . . . 135 à 142

Massage des organes pelviens. — Massage de la paroi abdominale ; massage interne ou utérin ; technique du massage ; indications et contre-indications . . . . . 142 à 145

QUATRIÈME PARTIE

MALADIES DE LA VULVE, DE LA VESSIE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA VULVE

Classification des vulvites ; vulvite simple ; vulvite folliculeuse ; vulvite des petites filles ; vulvite blennorrhagique ; développement des gonocoques ; abcès des glandes vulvo-vaginales ; œdème et inflammation phlegmoneuse des petites lèvres ; chancre induré de la vulve ; maladies cutanées et parasitaires de la vulve ; prurit de la vulve ; herpès de la vulve ; eczéma de la vulve ; acné de la vulve ; folliculite vulvaire ; muguet de la vulve. 147 à 160

Tumeurs de la vulve. — Thrombus de la vulve ; esthyomène de la vulve ; épithélioma de la vulve ; tuberculose de la vulve ; krausis de la vulve ; végétations vulvaires ; tumeurs enkystées de la vulve ; fibromes de la vulve ; hernie des grandes lèvres ; éléphantiasis de la vulve ; hypertrophie du clitoris hémorragies de la vulve. . . . . 160 à 175

Atrésie de la vulve. — Adhérence des grandes lèvres, adhérence des petites lèvres ; atrésie hyménéale, tumeurs par rétention du sang menstruel 175 à 178

CHAPITRE II

MALADIES DE L'URÈTRE, DU MÉAT ET DE LA VESSIE

Méthodes d'exploration de l'urètre et de la vessie chez la femme ; cathétérisme ; toucher digital de la vessie ; spéculums urétraux ; exploration des uretères . . . . . 178 à 183

Maladies de l'urètre et du méat. — Urétrite ; tumeurs de l'urètre ; imperforation du méat ; rétrécissements de l'urètre ; inflammations de la vessie ; prolapsus de l'urètre ; atrésie de l'urètre ; absence de l'urètre ; cancer de l'urètre. . . . . 183 à 194

CHAPITRE III

MALADIES DU VAGIN

Maladies inflammatoires. — De l'infection microbienne vaginale. Le microbe de Neisser ; les vaginites ; vaginite blennorrhagique ; vaginite des petites filles ; vaginite sénile ; vaginite chronique ou leucorrhée ; vaginite diphtéritique ; traitement des vaginites. . . . . 194 à 201

Gangrène du vagin ; abcès du vagin ; prolapsus du vagin ; cystocèle vaginale ; rectocèle vaginale ; entérocèle vaginale. . . . . . 201 à 208

Tumeurs du vagin. — Cancer du vagin ; polypes du vagin ; kyste du vagin . . . . . 208 à 212

Anomalies et vices de conformation ; corps étrangers du vagin. — Absence du vagin ; bifidité et cloisonnement du vagin ; imperforation du vagin ; la castration et la ponction ; création d'un vagin artificiel ; corps étrangers du vagin ; étroitesse congénitale du vagin ; retrécissement accidentel du vagin ; ouverture anormale du vagin. . . . . 212 à 221

Vaginisme. — Fréquence du vaginisme ; étiologie ; symptomatologie ; traitement ; dilatation du vagin ; section du sphincter vaginal : opération contre le vaginisme. . . . . 221 à 229

CHAPITRE IV

DÉCHIRURES DE LA FOURCHETTE ET DU PÉRINÉE. PÉRINÉORRHAPHIES

Rupture centrale du périnée ; déchirure partielle ; déchirure complète ; traitement prophylactique des déchirures ; traitement curatif ; quand faut-il pratiquer la périnéorrhaphie ? Classification des procédés. Préparation de l'opérée ; technique opératoire ; procédé de Lawson Tait ; procédé par avivement ; procédé d'Emmet ; procédés de G. Thomas ; colpopérinéorrhaphie. . . . . 231 à 253

CHAPITRE V

FISTULES GÉNITO-URINAIRES. FISTULES GYNÉCOLOGIQUES

1° *Fistules urinaires.* — Classification : fistules vésico-vaginale ; urétro-vaginale ; vésico-utérine ; vésico-utéro-vaginale.

Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement. . . . . 254 à 258

Technique opératoire. — Choix du procédé, moment favorable à l'opération.

Opération pour les fistules génitales en général. — Position de la malade, découverte de la fistule, choix des instruments ; avivement. Procédés de Sims, de Bozeman, de Simon, de Vulliet.

Kolpokleisis. . . . . 258 à 269

2° *Fistules gynécologiques.* — Elles sont spontanées ou post-opératoires. Fistules consécutives aux suppurations pelviennes. Etiologie. Traitement chirurgical, technique opératoire. . . . . 269 à 271

CINQUIÈME PARTIE

MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

MALADIES INFLAMMATOIRES ET INFECTIEUSES DE L'UTÉRUS

Bactériologie et classification des métrites, le microbisme latent, le gonocoque.

Métrite aiguë. — Etiologie, influence des diathèses, anatomie pathologique, diagnostic différentiel, pronostic, traitement.

Métrite chronique. Endométrite. — Etiologie, anatomie pathologique ; état du col dans la métrite ; ulcérations du col ; chancre induré, chancre mou, syphilides, plaques muqueuses du col ; blennorrhagie du col ; symptomatologie de la métrite ; hémorragies, fongosités.

Traitement de la métrite chronique. — Injections intra-utérines, dilatation, caustiques, cautère actuel ; ignipuncture, scarifications, drainage, amputation du col, pansements utérins.

Traitement hydro-minéral des métrites . . . . . 274 à 304

CHAPITRE II

ANOMALIES UTÉRINES, HYPERTROPHIE, ATRÉSIE HÉMATOMÉTRIE

Les hypertrophies de Huguier. — Allongement sus-vaginal du col, allongement sous-vaginal ; atrésie du col, tumeurs résultant de l'atrésie, hématométrie, pyométrie, physométrie ; traitement des tumeurs par rétention ; atrophie utérine. . . . . 305 à 312

CHAPITRE III

LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS. CANCER DE L'UTÉRUS

Cancer de l'utérus. — Anatomie pathologique du cancer, sarcome, épithéliome, carcinome ; histologie du cancer ; étiologie, symptomatologie ; le cancer pendant la grossesse ; cancer du corps, cancer du col, cancer végétant.

Traitement du cancer. — Destruction par les caustiques chimiques, par le galvano-cautère, par le thermo-cautère ; le curettage dans le cancer ; ablation par l'écraseur ; amputation du col ; hystérectomie vaginale, hystérectomie abdominale, hystérectomie sacrée.

Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au cancer.

Traitement non opératoire du cancer. — Injections d'alcool, bleu de méthylène, carbure de calcium, injections, asepsie du vagin, formules ; traitement des hémorragies . . . . . 313 à 347

CHAPITRE IV

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Classification en fibromes interstitiels, sous-péritonéaux, sous-muqueux. Anatomie pathologique, histologie ; fibromes angiomateux érectiles, fibro-kystes, fibromes érectiles.

Etiologie, symptômes, diagnostic différentiel, terminaison des fibromes.

Traitement médical. — Formules, injections d'ergotine, électrothérapie, curettage.

Traitement chirurgical. — Castration ovarienne. Traitement des fibrome interstitiels, pédiculés, sous-péritonéaux.

Evidement et morcellement ; technique opératoire, méthode de Péan ; hystérectomie . . . . . 349 à 376

CHAPITRE V

POLYPES DE L'UTÉRUS

Classification : polypes fibreux, muqueux, vasculaires, kystiques.

Anatomie pathologique ; symptomatologie, diagnostic différentiel.

Polypes intermittents.

Traitement. — Cautérisation, ligature, torsion, excision, arrachement. 377 à 385

CHAPITRE VI

MOLES, TUBERCULES, KYSTES DE L'UTÉRUS

Môles utérines. — Môle hydatiforme. môle charnue ; symptômes, diagnostic, traitement.

Kystes de l'utérus. — Kystes sous-péritonéaux ; kystes dermoïdes.
Tubercules de l'utérus. — Granulations, phtisie utérine . . . . . 386 à 390

CHAPITRE VII

DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS

Classification : élevation de l'utérus ; abaissement ou prolapsus ; versions de l'utérus (antéversion, rétroversion, latéroversion) ; flexions de l'utérus (antéflexion, rétroflexion, latéroflexion) ; inversion de l'utérus. 391

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

Degrés du prolapsus ; étiologie, symptômes, complications, diagnostic, pronostic.
Traitement du prolapsus. — Réduction, moyens mécaniques ; indications générales sur l'emploi des pessaires, choix du pessaire ; traitement curatif opératoire. . . . . 392 à 403

VERSIONS DE L'UTÉRUS

Antéversion. — Etiologie, symptômes, diagnostic différentiel.
Traitement. — Réduction, pessaires vaginaux, pessaires intra-utérins.
Rétroversion — Etiologie, symptômes, diagnostic différentiel, traitement mécanique . . . . . 403 à 413

FLEXIONS DE L'UTÉRUS

Antéflexion. — Etiologie, symptômes, diagnostic différentiel, traitement, moyens de cautérisation ; pessaires vaginaux et intra-utérins.
Rétroflexion. — Etiologie, diagnostic, symptômes, traitement.
Technique de la réduction de l'utérus rétrofléchi. Maintien de l'utérus redressé.
Emploi des pessaires. Pessaires de Hodge, de Vulliet, de Smith. . 413 à 418

INVERSION DE L'UTÉRUS

Degrés de l'inversion ; étiologie, symptômes, signes objectifs, diagnostic différentiel, pronostic.
Traitement. — Réduction. Taxis forcé, procédés de Tyler Smith, traitement opératoire, hystérectomie . . . . . 418 à 429

CHAPITRE VIII

DES OPÉRATIONS CURATIVES OU PALLIATIVES PRATIQUÉES CONTRE LES DÉPLACEMENTS GÉNITAUX

ARTICLE PREMIER. — *Colporrhaphies et élytrorrhaphies.* — Traitement de la cystocèle et de la rectocèle. Procédés de Girardin, de Desgranges.
Colporrhaphie par le procédé de Sims, par le procédé de Simon.
Technique opératoire . . . . . 429 à 435
ARTICLE II. — *Opération d'Alquié Alexander.* — Historique, technique opératoire, résultats. . . . . 435 à 437
ARTICLE III. — *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.* — Laparotomie exploratrice ; fixation de l'utérus, destruction des adhérences, raccourcissement des ligaments ; *technique opératoire,* procédé de Polk . 437 à 440

Article IV. — *Hystéropexie ou laparo-hystérorrhaphie.* — Laparotomie, libération de l'utérus; fixation de l'utérus à la paroi abdominale. *Technique opératoire;* procédés de Terrier et de Léopold. . . . . 440 à 443

Article V. — *Traitement de la cystocèle vaginale par la cysto-hystéropexie abdominale.* . . . . . 443 à 445

Article VI. — *Fixation vaginale, colpo-hystéropexie. Technique opératoire.* — Procédés de Dudley; vagino-fixation; procédés de Dürhssen, de Nicoletis. . . . . 445 à 448

Article VII. — *Oblitération du vagin contre le prolapsus, kolpokleisis.* Technique opératoire . . . . . 448 à 449

Article VIII. — *La colpectomie contre le prolapsus utérin.* Procédé de Muller. . . . . 449 à 451

Article IX. — *Traitement chirurgical de l'inversion utérine.* — Procédés de Muller; technique opératoire . . . . . 451 à 452

CHAPITRE IX

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS, TRACHÉLORRAPHIE OU OPÉRATION D'EMMET. — AMPUTATION DU COL. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE OU ABDOMINALE

1° *De la lacération du col. Opérations d'Emmet et de Schrœder.*

Fréquence de la lacération, variétés, causes, symptomatologie, diagnostic différentiel . . . . . 453 à 458

Traitement. — Technique de l'opération d'Emmet; opération de Schrœder. 459

2° *Amputation du col.* — Historique. Indications. Technique opératoire . 461

Amputation par le bistouri, par l'écraseur, par l'anse galvano-caustique. 463

3° *Hystérectomie vaginale, Colpohystérectomie.*

Historique. Indications. De l'hystérectomie appliquée au cancer, aux suppurations pelviennes, au prolapsus et aux déplacements utérins. 465

Technique opératoire. — Procédés à forcipressure, procédés à ligatures; modèles de pinces; procédé de Segond; sectionnement et morcellement de l'utérus; ablation des annexes; hémostase définitive et provisoire . . . . 465 à 475

Procédé de A. Martin. 476

Technique de l'hystérectomie vaginale pour fibromes; procédé de Doyen. 478

4° *Hystérectomie abdominale.*

Historique. Indications. Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale. Traitement du pédicule : intra-péritonéal, extra-péritonéal . . . 478 à 489

Hystérectomie sub-totale 489

Hystérectomie vagino-abdominale totale, procédés de Doyen, de Reynier; procédé américain . . . . . 489 à 496

Hystérectomie sus-pubienne totale, sous-péritonéale. 496

Hystérectomie sacrée 498

Hystérectomie pour fibromes. Myomectomie. . . . . . 499 à 500

CHAPITRE X

TROUBLES FONCTIONNELS DE L'UTÉRUS

Troubles de la copulation. — Dyspareunie, frigidité, anaphrodisie, nymphomanie. Traitement de la frigidité. Traitement de la nymphomanie. Ablation du clitoris . . . . . 501 à 503
Troubles de la menstruation. — Aménorrhée, dysménorrhée, métrorrhagies.
Aménorrhée. — Aménorrhée primitive; aménorrhée secondaire. Etiologie; traitement, courants faradiques, pessaires intra-utérins, pessaires galvaniques. . . . . 503 à 506
Métrorrhagie — Etiologie. La métrorrhagie n'est pas une affection idiopathique; traitement; injections chaudes, tamponnement, curettage . . 506
Dysménorrhée. Atrésie. Sténose cervicale. — Classification : dysménorrhée névralgique; dysménorrhée congestive; dysménorrhée inflammatoire; dysménorrhée ovarienne; dysménorrhée membraneuse; dysménorrhée obstructive; dysménorrhée apoplectique 508
Dysménorrhée membraneuse. — Décidue menstruelle; étiologie, diagnostic, pronostic, traitement. 508
Dysménorrhée obstructive. — Sténose cervicale; étiologie, traitement . . 511

TROUBLES DE LA CONCEPTION

1° *Stérilité.* — Physiologie de la conception; tubes séminifères; développement des spermatozoïdes, causes de la stérilité; formes du col; déplacements utérins, dysménorrhée, fausses routes vaginales . . . . . 513 à 518
Traitement. — Amputation du col; opération de Sims; traitement de l'atrésie utérine et de la sténose; métrotomie; traitement des fausses routes vaginales; colporrhaphie prævcervicale, rétro-cervicale . . . . . 518 à 523
Fécondation artificielle. — Historique, indications. Procédés de Sims, de Courty, de Pajot . . . . . 523 à 527
2° *Avortement.* — Son importance dans l'étiologie des affections utérines . . 527

SIXIÈME PARTIE

DES INFLAMMATIONS ET INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES

Généralités. Divisions. Phlegmon pelvien ou cellulite pelvienne; maladies du péritoine pelvien; phlegmon du ligament large; salpingites; ovarites. 529

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMON PELVIEN

Définitions : péri-métro salpingite séreuse; cellulite pelvienne diffuse; *erysipelas malignum puerperale.*
Etiologie : le streptocoque et le gonocoque. Causes prédisposantes; pathologie; symptômes, signes physiques, diagnostic; marche, durée, terminaison.
Traitement : médical, chirurgical; cellulites pelviennes récidivantes; abcès pelviens fistuleux . . . . . 531 à 539

CHAPITRE II
PÉRITONITE PELVIENNE

Division : péritonite puerpérale et non puerpérale ; étiologie ; péritonite pelvienne essentielle ; anatomie pathologique ; péritonite adhésive ; symptomatologie ; diagnostic : rapports avec l'*appendicite ;* traitement . . 540 à 545

CHAPITRE III
PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE

Etiologie ; influence des agents pathogènes ; symptomatologie, diagnostic ; marche ; terminaison par résolution, par suppuration ; cellulite pelvienne diffuse ; traitement. . . . . 546 à 549

CHAPITRE IV
TUMEURS VÉGÉTANTES DU PÉRITOINE PELVIEN

Tumeurs malignes ayant leur origine dans le péritoine pelvien. Anatomie pathologique ; symptomatologie ; marche ; pronostic ; traitement chirurgical. . . . . 550 à 557

CHAPITRE V
MALADIES DES TROMPES. SALPINGITES

Classification : endo et péri-salpingites ; salpingites catarrhales, purulentes, hyperplasiques, puerpérales, hémorrhagiques, folliculaires séreuses . . 558
Salpingite non suppurée aiguë et chronique ; salpingite kystique : pyo-salpinx, hémato-salpinx, hydro-salpinx. 559
A. *Salpingite aiguë.* — Origine infectieuse. Symptômes 560
B. *Salpingite chronique.* — Endo-salpingite, salpingite catarrhale, salpingite végétante, salpingite tuberculeuse.
Symptômes, histologie, anatomie pathologique, traitement. . . . 560 à 564
Salpingites kystiques. — Trois variétés : pyo-salpinx, hémato-salpinx, hydro-salpinx 564
Pyo-salpinx. — Etiologie microbienne, symptomatologie, traitement . . 565
Hémato-salpinx. — Apoplexie de la trompe, grossesse tubaire ; symptomatologie, traitement. 566
Hydro-salpinx. — Hydropisie tubaire, salpingite séreuse, kystes tubaires. Symptomatologie, diagnostic, traitement 567
Rétrécissement et dilatation des trompes. Déplacements des trompes 568

CHAPITRE VI
MALADIES DES OVAIRES

A. *Ovarite simple.* — Ovarite parenchymateuse, folliculaire, péritonéale. Etiologie, symptômes, traitement 571
B. *Ovarite kystique.* — Ovarite hémato-kystique, hydro-kystique ; abcès enkystés de l'ovaire. 572

Anomalies de l'appareil ovarien. — Absence des ovaires ; ovaires surnuméraires ; arrêt du développement et atrophie des ovaires, déplacement des ovaires. 573

CHAPITRE VII

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Ouverture des abcès pelviens. Ponction. Incision vaginale. Salpingotomie. Salpingectomie. Laparotomie. Hystérectomie vaginale. Hystérectomie abdominale. Périnéotomie. 574

Traitement médical des suppurations pelviennes. — Massage de l'utérus et des annexes, traitement intra-utérin, dilatation, drainage 575

Ouverture des abcès pelviens. — Ouverture par le vagin. Méthode de Laroyenne par le trocart. Ouverture par l'incision vaginale. Ouverture par le rectum. 576

Ouverture par le périnée. — Périnéotomie verticale. Périnéotomie transversale. 579

Traitement par la laparotomie. — Procédé de Mikulicz. Laparotomie proprement dite ; laparotomie sus-péritonéale. 580

Traitement par l'hystérectomie vaginale. — Opération de Péan-Segond. Nécessité d'enlever l'utérus ; cause de l'infection 582

Ablation des collections kystiques de la trompe. Salpingotomie abdominale. — Technique opératoire ; faut-il enlever les deux trompes ? ignipuncture ovarienne ; salpingorrhaphie 585

Salpingectomie vaginale. — Technique opératoire ; salpingectomie vaginale antérieure et postérieure 587

Parallèles entre les divers traitements chirurgicaux des inflammations et des suppurations pelviennes. . . . . . 588 à 590

SEPTIÈME PARTIE

MALADIES ET TUMEURS PÉRI-UTÉRINES

CHAPITRE PREMIER

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Historique ; étiologie ; rupture des vaisseaux, afflux du sang menstruel ; rupture d'un kyste fœtal ; traumatisme chirurgical 591

Division. — Siège ; hématocèle intra-péritonéale, extra-péritonéale . . . 592

Symptomatologie. — Anatomie pathologique, terminaison, pronostic, diagnostic avec l'appendicite 593

Traitement de l'hématocèle. — Traitement médical ; traitement chirurgical ; ouverture par le vagin, par la laparotomie ; technique opératoire. 597 à 600

CHAPITRE II

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES OU ECTOPIQUES

Division. — Grossesse tubaire, abdominale, ovarienne ; étiologie ; anatomie pathologique. Histologie des grossesses ectopiques 601

Evolution anatomique et physiologique. Rupture du kyste ; la grossesse arrive à terme ; évolution du fœtus ; modifications de l'utérus. 607
Diagnostic, symptomatologie ; signes cliniques, pronostic. Inondation péritonéale 610

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GROSSESSES ECTOPIQUES

Traitement des grossesses de *moins de cinq mois* évoluant normalement; traitement des grossesses compliquées.
Traitement des complications hémorragiques.
Traitement de l'hémato-salpinx hémorragique et énucléable.
Traitement de l'hématocèle enkystée.
Traitement des hémorragies profuses (inondation péritonéale).
Traitement des complications septiques et suppuratives. . . . . 612 à 616
Traitement de la grossesse ectopique de plus de cinq mois.
Traitement lorsque le fœtus est *vivant*. Quand et comment faut-il opérer ?
Traitement lorsque le fœtus est *mort*.
La grossesse est compliquée d'hémorrhagie ou de péritonite suppurée.
La mort du fœtus est récente ; elle est ancienne.
Traitement des grossesses ectopiques anciennes dont le kyste est toléré sans accidents ; lorsque le kyste est suppuré . . . . . 616 à 620
Technique opératoire. — Elytrotomie, marsupialisation, ablation totale du sac 620

HUITIÈME PARTIE

TUMEURS OVARIENNES ET PÉRI-OVARIENNES, KYSTES DE L'OVAIRE OVARIOTOMIE

CHAPITRE PREMIER

KYSTES DE L'OVAIRE

Variétés : Kystes prolifères ou kystes fermés ; kystes dermoïdes ; kystes parovariens 623
A. *Kystes prolifères.* — *Synonymie :* kystes fermés ; kystes simples ; cystoépithéliomes ; épithéliomes mucoïdes.
Rôle du follicule de de Graaf ; métamorphoses de l'ovaire ; hémorragies et hypérémie de l'ovaire.
Kystes ovariens multiples. — Aréolaires, multiloculaires ; kystes proliférants ; kystes dégénérés.
B. *Kystes dermoïdes.* — Leur formation, leur structure, leur évolution. Kystes dermoïdes mixtes.
C. *Kystes parovariens.* — Ils résultent de la distension du *parovarium* ou *organe de Rosenmüller.*
Etiologie, histologie. Kystes parovariens primitifs, hyalins, papillaires dermoïdes.
D. *Kystes péri-ovariens.* — Kystes simples du ligament large ; kystes tubo-ovariens.
Contenu des kystes de l'ovaire. — Liquides ovariens. . . . . 624 à 645

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES DES KYSTES OVARIENS

Forme des kystes glandulaires ; adhérences, pédicule, torsion du pédicule, inflammation du kyste ; hémorragies et ruptures du kyste.

Coïncidence de la grossesse.

Symptomatologie des tumeurs de l'ovaire. — Symptômes subjectifs, troubles fonctionnels, facies utérin, facies ovarien.

Diagnostic des kystes ovariens. — Inspection de l'abdomen ; palpation ; fluctuation, percussion, auscultation. Diagnostic avec la grossesse, avec la tympanite et les tumeurs imaginaires, avec les tumeurs fibreuses . . . 645 à 655

CHAPITRE II

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Cysto-sarcome, cancer, tumeurs fibreuses, kystes hydatiques, tuberculose, épithélioma kystique de l'ovaire, tumeurs solides non kystiques. 656 à 665

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE, OVARIOTOMIE

Traitement médical, ponction, incision exploratrice.

Ovariotomie. — Historique, indications, contre-indications ; kystes chez les enfants, chez les vieillards ; coexistence avec la grossesse . . . . 666 à 669

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'OVARIOTOMIE

Soins préliminaires ; salle d'opération, position de l'opérée, position de Trendelenbourg, instruments nécessaires.

Incision de la paroi abdominale ; longueur de l'incision ; séparation des adhérences ; ponction ; incision et évacuation du kyste ; extraction du kyste.

Traitement du pédicule ; pinces, clamps ; traitement intra et extra-péritonéal du pédicule.

Examen de l'utérus et de l'autre ovaire.

Nettoyage de la cavité abdominale ; fermeture de l'abdomen ; pansement.

Modifications à la technique dans les cas compliqués.

Marsupialisation. — Technique opératoire ; traitement par suppuration.

Laparotomie pour les kystes parovariens. — Enucléation, hémostase, ligature.

Soins consecutifs aux laparotomies. — Complications, accidents ; alimentation ; collapsus, péritonite, septicémie . . . . . 669 à 689

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le traitement médical et opératoire est placé à la fin de chaque chapitre; pour la commodité des praticiens qui s'occupent plus particulièrement de chirurgie, nous croyons devoir dresser ici une table des principales opérations et manœuvres chirurgicales qui constituent la TECHNIQUE OPÉRATOIRE proprement dite.

Positions et postures opératoires 53
Décubitus dorsal, décubitus dorso-fessier, position génu-pectorale, décubitus latéral gauche.
Position opératoire inclinée ou position de Trendelenbourg 669
Technique pour les examens gynécologiques 63
Palpation, toucher vaginal, toucher bi-manuel, toucher rectal, examen au spéculum.
Technique opératoire du cathétérisme utérin 79
Petite chirurgie gynécologique 87
Désinfection, asepsie, précautions anté-opératoires, injections, irrigations, tables opératoires, aides, instruments, stérilisation.
Moyens de suture, hémostase, drainage 107
Avivement, aiguilles, fils, modes de suture, hémostase, forcipressure, clamps, pinces, tamponnement, drains.
Abaissement de l'utérus, dilatation, curetage, massage 124
Technique de l'abaissement de l'utérus, usages de la pince à griffes.
Technique de la dilatation de l'utérus 128
Les sondes, les bougies, la laminaire, le tupelo, les dilatateurs mécaniques, procédés de Hegar, de Vulliet.
Technique du curetage utérin 135
Curettes, lavage utérin, écouvillonnage.
Technique du massage des organes pelviens 141
Massage externe, massage interne.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA VULVE, LE VAGIN, L'URÈTRE, LE PÉRINÉE

Technique opératoire de l'atrésie hyménéale 177
Technique du cathétérisme vésical 179
Toucher digital de la vessie, spéculums urétraux.

Technique de l'exploration des uretères. 181
Electrolyse de l'urètre. 189
Création d'une fistule vésico-vaginale artificielle. 192
Technique opératoire du cancer vagino-rectal. 211
Traitement opératoire de l'imperforation du vagin 216
Technique opératoire du vaginisme 230
Périnéorrhaphies; techniques opératoires. 236
Préparation de la malade; périnéorraphie par dédoublement, procédés de Lawson-Tait; périnéorrhaphies par avivement; procédés pour la rupture complète; colpo-périnéorrhaphies.
Technique opératoire des fistules gynécologiques. 254
Fistules urinaires; préparation de l'opérée; instruments, procédés de Sims; oblitération complète du vagin; opérations pour les fistules gynécologiques consécutives aux suppurations pelviennes et accidents chirurgicaux.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS

Technique des injections intra-utérines. 293
Traitement opératoire de la métrite chronique 291
Dilatations, cautérisations, injections, ignipuncture, scarifications, pansements utérins.
Traitement opératoire du cancer utérin. 330
Destruction par les caustiques, curetage, ablation par l'écraseur.
Technique de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au cancer. . . . 335
Cancer du corps, cancer du col, indications opératoires pendant la grossesse.
L'électrothérapie appliquée aux fibromes. 366
Traitement opératoire des fibromes 370
Technique opératoire de l'évidement et du morcellement 372
Traitement opératoire des polypes. 382
Cautérisation, ligature, torsion, arrachement, écraseur linéaire.
Traitement mécanique des déplacements utérins. 408
Pessaire, redressement de l'utérus, réduction.
Technique de la réduction de l'utérus inversé. 428
Opérations pratiquées contre les déplacements. 431
Colporrhaphies et élytrorrhaphies; technique opératoire 431
Colporrhaphie antérieure, colporrhaphie postérieure, colpopérinéorrhaphie.
Opération d'Alquié-Alexander, technique 436
Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. 437
Laparotomie, destruction des adhérences, procédés de Wylie, de Polk. 439
Hystéropexie, technique opératoire 440
Procédés de Terrier, de Kelly.
Traitement de la cystocèle par la cysto-hystéropexie abdominale. 443
Technique opératoire de la colpo-hystéropexie 445
Procédés de Dudley, de Dührssen, de Nicoletis, de Richelot.
Oblitération du vagin contre le prolapsus, technique de la colpokleisis. . . 448
La colpectomie contre le prolapsus 449

Opérations applicables à l'inversion utérine 451
Traitement opératoire de la lacération et de l'érosion du col 451
Opérations d'Emmet et de Schrœder.
Technique opératoire de l'amputation du col 463
Amputation avec le bistouri, l'écraseur, l'anse galvano-caustique.

HYSTÉRECTOMIE, COLPO-HYSTÉRECTOMIE

Hystérectomie vaginale, technique opératoire. 467
Procédés à forcipressure; procédés à ligatures; instruments, sectionnement, morcellement; procédés de Segond, ablation des annexes, hémostase.
Technique de l'hystérectomie vaginale pour fibromes. 478
Hystérectomie abdominale, technique opératoire. 479
Position de la malade, ablation de la tumeur, ablation des annexes, traitement du pédicule.
Technique de l'hystérectomie abdominale sub-totale. . . . . 480 à 489
Hystérectomie vagino-abdominale totale 490
Procédés de Reynier, de Doyen, de Kelly.
Hystérectomie sus-pubienne sous-péritonéale 496
Procédé de Jaboulay.
Hystérectomie sacrée. 498
Myomectomie; hystérectomie pour fibromes. 499
Procédé de Ricard.

OPÉRATIONS CONTRE LES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'UTÉRUS (STÉRILITÉ, ATRÉSIE, STÉNOSE)

Traitement opératoire de la sténose 519
Opération de Sims contre la stérilité 518
Traitement opératoire des fausses routes vaginales. 521
Colporrhaphie pré-cervicale, rétro-cervicale.
Technique de la fécondation artificielle. 523

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS PÉRI-UTÉRINES

Phlegmon péri-utérin, tumeurs du péritoine, abcès pelvien, annexites, grossesse ectopique, hématocèle.
Ablation des tumeurs du péritoine pelvien 553
Ouverture des abcès pelviens 576
Ouverture par le vagin, ponction, incision, drainage.
Technique de la périnéotomie appliquée aux abcès pelviens. 579
La laparotomie appliquée aux suppurations pelviennes. 580
Laparotomie proprement dite, laparotomie sus-péritonéale; procédé de Pozzi.
L'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations pelviennes 582
Opération de Péan-Segond.
Technique opératoire de la salpingectomie 585
Salpingectomie abdominale, ignipuncture ovarienne, Salpingorrhaphie, salpingectomie vaginale antérieure et postérieure.

Traitement chirurgical de l'hématocèle 598
Incision vaginale, laparotomie sous-péritonéale de Pozzi, laparotomie ordinaire.
Traitement chirurgical des grossesses extra-utérines 616
Traitement de l'hématocèle enkystée; traitement de l'inondation péritonéale; traitement des grossesses ectopiques avec fœtus vivant, avec fœtus mort.
Élytrotomie, technique opératoire 620
Ablation totale du sac 621
Technique de la marsupialisation 620

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS OVARIENNES; OVARIOTOMIE

Ponction 666
Incision exploratrice 667
Ovariotomie, technique opératoire 669
Soins préliminaires, époque favorable à l'opération, instruments, incision abdominale, rupture des adhérences, évacuation du kyste, traitement du pédicule, fermeture du ventre.
Modifications à la technique dans les cas compliqués 685
Marsupialisation, traitement par suppuration.
Laparotomie pour kystes parovariens 686

MANUEL COMPLET

DE

GYNÉCOLOGIE

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE, EMBRYOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TÉRATOLOGIE VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX

CHAPITRE PREMIER

DE LA VULVE

Avant de commencer l'étude des maladies de l'appareil génital de la femme, il est indispensable de bien connaître l'anatomie et la physiologie des organes si complexes qui le composent. Ces connaissances sont d'autant plus importantes que les parties de l'anatomie, de la physiologie, relatives à l'utérus, aux ovaires, à la menstruation, à l'ovulation et à la grossesse, n'ont été bien élucidées que pendant ces dernières années. Encore aujourd'hui, il existe quelques divergences chez les anatomistes, en ce qui concerne la position, la direction, le volume et le développement de l'utérus et des ovaires. Cela tient à ce que la situation, la forme et le volume de ces organes sont variables selon les sujets et subissent des modifications importantes qui tiennent à l'âge, à l'état d'exercice ou de repos, à la menstruation et à la grossesse.

Dans la plupart des maladies de l'appareil génital, l'anatomie et la physiologie servent de base au diagnostic. L'étude du développement des organes sexuels présente également une grande importance, car elle explique la plupart des anomalies, relativement nombreuses, dont ils peuvent être le siège.

Nous allons donc résumer, aussi brièvement que possible, les notions les plus élémentaires de l'anatomie et de la physiologie des organes

génitaux de la femme, en faisant ressortir les applications cliniques les plus importantes.

La vulve n'est pas seulement un orifice. On doit entendre sous ce nom l'ensemble des organes génitaux externes de la femme. Affectant la forme d'une fente antéro-postérieure, elle présente des aspects variables suivant l'âge, les individus, et surtout suivant que la femme a eu ou n'a pas eu d'enfants. Les organes qui la composent forment trois plans : 1° un plan superficiel constitué en avant par le pénil, en arrière par les grandes lèvres ; 2° un plan moyen, plus profondément situé, constitué par le clitoris et les petites lèvres ; 3° un plan profond, qui comprend le vestibule, le méat urinaire et l'orifice vaginal.

Le **pénil** ou *mont de Vénus* est cette saillie arrondie qui surmonte le corps des pubis et qui se trouve limitée en haut par l'hypogastre, à droite et à gauche par le pli de l'aine en bas, par les grandes lèvres. Il se couvre de poils, au moment de la puberté.

Les **grandes lèvres** sont des replis de la peau qui s'étendent de la partie inférieure du mont de Vénus à la partie antérieure du périnée, où elles se réunissent par une commissure appelée *fourchette*. La fourchette est séparée de l'entrée du vagin par une dépression appelée *fosse naviculaire*, externe, cutanée et recouverte de poils, et une surface interne lisse. C'est, chez la femme, le lieu d'élection du chancre.

La peau des grandes lèvres est remarquable par la quantité et le volume des glandes sébacées qu'on y observe. En dehors, ces glandes s'ouvrent dans les follicules pileux, tandis que sur la face interne, elles s'ouvrent directement sur la muqueuse. Cette richesse glandulaire donne lieu à de nombreux furoncles, kystes sébacés ou abcès.

Nous verrons, en étudiant leur développement, que les grandes lèvres sont l'analogue du scrotum. Aussi, au point de vue structure, y trouvons-nous les mêmes couches, c'est-à-dire : la peau, une couche cellulo-graisseuse ou fascia superficialis, et le dartos. Enfin, signalons la richesse vasculaire de cette région qui explique les hémorragies abondantes qu'on y observe quelquefois.

Les **petites lèvres** sont deux replis de la muqueuse situés entre les grandes lèvres et réunis au niveau du clitoris. Ces replis, qui ont été comparés par Boyer à une crête de coq, ne débordent généralement pas les grandes lèvres ; chez certaines femmes, cependant, elles les dépassent et prennent alors une coloration brune. Dans certaines peuplades d'Afrique, les petites lèvres sont très longues et pendent à la vulve ; elles ont alors été désignées sous le nom de tablier des Hot-

tentotes. Elles atteignent alors une longueur de 10, 12, 15 centimètres alors que normalement elles ne mesurent guère plus de 30 à 35 millimètres.

On trouve sur les petites lèvres des papilles qui leur donnent une sensibilité spéciale et un grand nombre de glandes sébacées qui

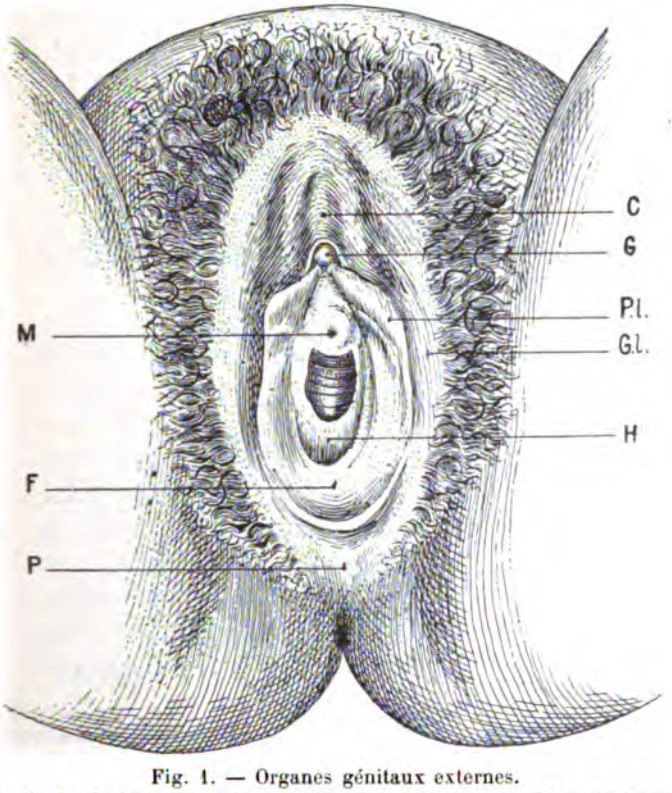


Fig. 1. — Organes génitaux externes.
C, clitoris ; G, gland ; F, fourchette ; H, hymen ; M, méat urinaire ; Pl, petites lèvres ; Gl, grandes lèvres ; P, périnée.

sécrètent abondamment et peuvent occasionner une vulvite analogue à la balano-posthite de l'homme.

Situées à droite et à gauche du méat urinaire, les anciens pensaient qu'elles étaient destinées à diriger le jet de l'urine, d'où le nom de *Nymphes* sous lequel ils les désignaient.

On a cru, également, mais à tort, qu'elles étaient douées de la propriété d'entrer en érection.

Le **clitoris** est un organe érectile, analogue aux corps caverneux de l'homme, qu'il reproduit assez exactement, sous des proportions

plus minimes. Les deux corps caverneux du clitoris partent des branches ischio-pubiennes, convergent l'un vers l'autre, et arrivent à se réunir pour former une extrémité arrondie (gland du clitoris) qui n'a, du reste, aucune analogie avec le gland du pénis.

Cette extrémité est recouverte par le prépuce en haut et sur les côtés.

Le clitoris présente une longueur normale d'environ 3 centimètres ; chez quelques femmes il est plus long, et cet excès de longueur a pu, dans certains cas, induire en erreur sur le sexe et faire croire à l'hermaphrodisme. (Voyez p. 9.)

En somme, la structure du clitoris est exactement semblable à celle des corps caverneux de l'homme. Pendant l'érection, cet organe, retenu par les petites lèvres et par un ligament suspenseur, ne subit pas de changement de direction appréciable contrairement à ce qui a lieu pour les corps caverneux du pénis.

Le **vestibule** est une surface triangulaire limitée à droite et à gauche par les petites lèvres, en haut, par le clitoris, en bas par la fourchette.

Le **méat urinaire** est situé sur la ligne médiane au-dessus d'une petite saillie désignée sous le nom de *tubercule antérieur du vagin*.

Ce tubercule est un point de repère très utile lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme de la femme sans la découvrir. Voici comment il faut procéder. La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées et légèrement fléchies, le médecin introduit l'index de la main gauche dans le vagin et cherche à percevoir ce tubercule, ce qui a lieu en général facilement. C'est alors la face palmaire de ce doigt qui sert de conducteur à la sonde qui est tenue de la main droite.

Sous l'influence de la grossesse et surtout à la suite de grossesses répétées, le méat urinaire se dévie plus ou moins et subit parfois une sorte de déplacement, au lieu de regarder en avant, il regarde en bas et ne s'ouvre plus sur la vulve, mais sur la paroi supérieure du vagin.

Glandes vulvo-vaginales. — De chaque côté de la vulve existe une glande en grappe dont le volume varie d'un pois à celui d'une petite noisette.

La glande vulvo-vaginale repose en dedans sur la bulbe du vagin et est recouverte en dehors par le constricteur du vagin. Son canal excréteur, long de 15 à 18 millimètres, s'ouvre immédiatement en avant de l'hymen.

Huguier a beaucoup appelé l'attention sur ces glandes et sur les kystes et les abcès dont elles sont souvent le siège.

Membrane hymen. — L'hymen est un repli de la muqueuse vul-

Fig. 2. — Hymen annulaire à orifice central.

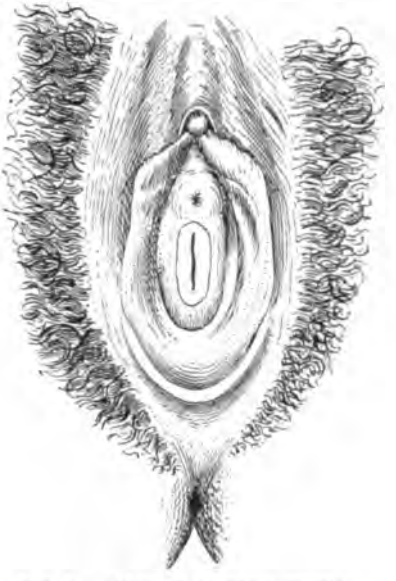


Fig. 3. — Hymen à fente verticale. (Hymen labié.)

vaire qui ferme plus ou moins complètement l'entrée du vagin jusqu'à ce qu'elle ait été détruite par le coït ou par toute autre cause.

Sous le rapport de sa forme et de sa consistance, cette membrane peut présenter de grandes variétés qui ont leur importance en pathologie et en médecine légale. Elle peut affecter la forme d'un croissant à concavité antérieure qui occupe la moitié postérieure de l'orifice vulvaire et dont les extrémités viennent se perdre sur les côtés du méat urinaire (fig. 2). Elle peut être formée par une membrane adhérente dans sa circonférence à l'entrée du vagin et interrompue vers le tiers supérieur par une ouverture de dimension variable. D'autres fois cette

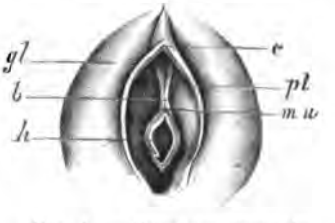


Fig. 4. — Développement de l'hymen (Pozzi).

c, clitoris; *gl*, grandes lèvres; *pl*, petites lèvres; *mu*, méat urinaire; *h*, hymen; *b*, bride masculine.

membrane présente une disposition labiale dont les bords, séparés par une fente verticale, font saillie à l'entrée du vagin et le ferment en manière de cul-de-poule (fig. 3). Dans quelques circonstances on ne trouve qu'une bandelette étroite qui borde l'ouverture du vagin ; enfin la membrane hymen peut se présenter sous la forme d'un diaphragme régulièrement circulaire et criblé de trous (*H. cribiforme*).

L'existence de la membrane hymen est constante et doit être considérée comme le signe caractéristique de la virginité. Lorsqu'elle a été déchirée, les lambeaux se rétractent et constituent les *caroncules myrtiformes*.

Dans quelques cas assez rares l'hymen peut être imperforé (atrésie hyménéale). Cet état nécessite une intervention sur laquelle nous aurons à revenir.

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DE LA FEMME

Pour bien comprendre le développement des organes génitaux externes de la femme, il faut remonter à la formation même du cloaque, et suivre ce dernier dans son évolution.

Durant les premières semaines de la vie embryonnaire, l'extrémité

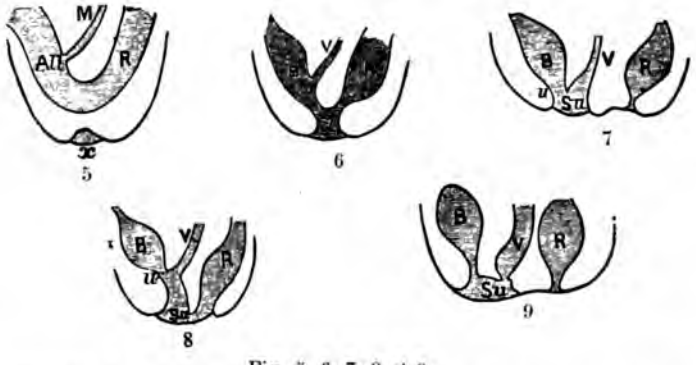


Fig. 5, 6, 7, 8 et 9.

All, allantoïde ; B, vessie ; Cl, cloaque ; R, rectum ; V, canal de Wolf ; M, canal de Muller ; Su, sinus uro-génital.

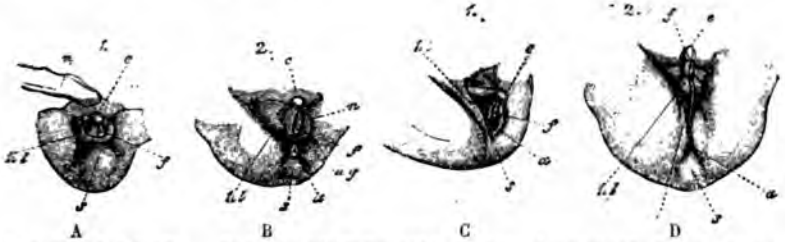
postérieure du rectum constitue un cul-de-sac, dans lequel s'ouvre la vésicule allantoïde. La portion inférieure qui leur est commune constitue le cloaque interne.

Mais aux dépens de l'ectoderme qui correspond au plancher du bassin se forme une dépression (x, fig. 6) qui s'enfonce dans le mésoderme et entre en contact avec l'entoderme du cloaque interne. La cloison

épithéliale qui sépare le cloaque interne de cette dépression ne tarde pas à disparaître et vers la fin du 1er mois les deux cavités n'en forment plus qu'une. Le cloaque proprement dit est constitué.

Mais vers le milieu du 2e mois, des changements surviennent. La lame mésodermique située entre le rectum et l'allantoïde et appelée éperon ou repli périnéal, descend des parties profondes pour gagner l'orifice cloacal, et constitue bientôt une véritable cloison qui divise le cloaque primitif en deux portions, l'une antérieure qui sera le *sinus uro-génital*, l'autre postérieure, l'*excavation ano-rectale*.

Quant à l'éperon périnéal, il contribuera à la formation du périnée,



A B C D

Fig. 10, 11, 12, 13. — Organes génitaux externes (développement, Ecker, gross. deux fois).

A. — Organes génitaux d'un embryon à la fin du 2e mois. *e*, gland; *f*, sillon génital; *h*, *l*, plis génitaux; *d*, extrémité inférieure du corps de l'embryon; *n*, cordon ombilical.

B. — Embryon du sexe féminin (10e semaine). *a*, anus; *u*, *g*, sinus uro-génital; *n*, petites lèvres. (Les autres lettres comme dans la figure précédente.)

C. — Embryon à la période où la différenciation des sexes va s'effectuer (9e semaine environ).

D. — Embryon du sexe masculin (4e mois).

et de la cloison recto-vaginale, il nous reste maintenant à montrer l'état de l'orifice cloacal à la fin de ce 2e mois.

Les lèvres de l'orifice se sont épaissies en un bourrelet circulaire dont l'arc postérieur forme le repli *post-anal*, dont la partie moyenne constitue les *replis génitaux*, tandis que l'extrémité antérieure devient le *tubercule génital*.

Le *tubercule génital* qui constitue réellement le premier vestige des organes génitaux externes, apparaît vers la 6e semaine. Alors à peine accusé, il ne tarde pas à augmenter assez rapidement, et à la fin du 2e mois il mesure une longueur de 2 millimètres sur 1 millimètre de large et présente une extrémité renflée qu'un léger sillon sépare du corps du tubercule.

Ainsi, en résumé, à la fin de la 8e semaine, le *sinus uro-génital* représente une fente limitée en arrière par l'éperon périnéal, sur les côtés par la portion antérieure des replis génitaux, et qui se pro-

longe en avant sur la face inférieure du tubercule génital sous le nom de *sillon génital*.

C'est cet aspect des organes génitaux externes qui constitue l'*état indifférent*, car ce n'est qu'à partir de la 9e semaine que commence à s'accuser la différenciation des sexes.

Alors, tandis que chez le fœtus mâle ce tubercule génital se redresse et devient la portion libre de la verge terminée par le gland, chez le fœtus femelle, ce même tubercule s'incline en bas et devient le *clitoris* avec son extrémité renflée en forme de gland.

Quant aux replis génitaux qui chez le fœtus mâle constitueront le scrotum et les bourses, ils donneront chez le fœtus femelle les *grandes lèvres*. Le *sinus uro-génital*, de même, donnera chez l'homme la portion spongieuse de l'urètre et la portion balanique, et chez la femme constituera la portion *pré-urétrale du vestibule*.

Les *petites lèvres* se développent au détriment des bords mêmes de la fente génitale.

Quant aux glandes vulvo-vaginales, analogues aux glandes de Cowper de l'homme, elles apparaissent au 3e mois sous la forme de bourgeons pleins venant de l'épithélium du sinus uro-génital.

Le *développement de l'hymen* (fig. 4), suivant Pozzi, se lie à l'évolution de la vulve ; de chaque côté du sinus uro-génital et au-dessous du méat se trouvent les deux corps spongieux prolongés au-dessus de l'orifice urinaire par une *bride masculine* analogue à la bride de l'hypospadias. C'est aux dépens de la portion superficielle de ces organes, qui demeurent à l'état fœtal, que se développerait l'hymen.

ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

La plus grande partie des anomalies observées dans l'appareil génital externe sont dues à un arrêt de développement d'une des parties qui constituent cet appareil de la vie embryonnaire.

État rudimentaire de la vulve. — Il arrive assez souvent que l'ensemble de l'appareil vulvaire soit incomplètement développé. Tantôt ce sont les grandes lèvres ou les petites lèvres, tantôt le clitoris ou le périnée, qui se présentent avec des dimensions bien au-dessous de la normale. D'autres fois, c'est l'orifice vaginal dont l'étroitesse admet à peine le passage d'une sonde.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer chez des adultes une vulve qui a conservé tous les caractères de la vulve infantile : absence de poils, étroitesse du vagin, etc.

Atrésie de la vulve et de l'anus. — L'atrésie complète de la vulve est due à un arrêt de développement qui s'est produit dans les premières périodes de la vie embryonnaire.

Lorsque la fente génitale s'est arrêtée dans son évolution, on trouve à la place de la vulve une membrane lisse et plus ou moins tendue présentant des caractères distincts de la peau environnante. Dans ce cas, on trouve au-dessus de l'oblitération deux dispositions différentes : 1° la cloison recto-vaginale s'est formée et n'est séparée de l'extérieur que par la membrane obturatrice; 2° les trois cavités, vessie, vagin et rectum, communiquent entre elles.

Ces anomalies, qui atteignent généralement d'autres organes chez le même sujet, ne sont pas compatibles avec la vie et présentent peu d'intérêt au point de vue pratique.

Persistance du sinus uro-génital. — On observe dans des cas très rares la persistance du sinus uro-génital dans l'état où il se trouvait pendant les premiers mois de la vie intra-utérine.

On trouve, dans ce cas, un canal unique, qui présente quelque analogie avec l'urètre. Ce canal unique, dans sa partie inférieure, se subdivise après un assez long trajet, et donne accès au vagin et à l'urètre.

Persistance du cloaque. — Dans certains cas, il y a absence du périnée et communication entre le vagin et l'anus qui s'ouvrent par un unique orifice désigné sous le nom de cloaque.

Cette disposition est due à un arrêt de développement qui porte sur l'éperon du tissu conjonctif destiné à former le périnée, après avoir séparé l'intestin du sinus uro-génital.

Absence de l'urètre et ouvertures anormales de la vessie. — Dans quelques cas, il n'existe aucun vestige de l'urètre, et la vessie s'ouvre directement dans le vestibule de la vulve. C'est cette disposition qui a été désignée sous le nom d'*hypospadias vrai*.

D'autres fois l'urètre s'ouvre au-dessus du clitoris, et présente une anomalie assez singulière décrite sous le nom d'*épispadias de la femme*.

HERMAPHRODISME

L'hermaphrodisme, commun chez les espèces animales inférieures et chez presque tous les végétaux, est extrêmement rare dans l'espèce humaine. On avait même admis, jusqu'à ces dernières années, que l'hermaphrodisme vrai n'existait pas et qu'il était toujours apparent.

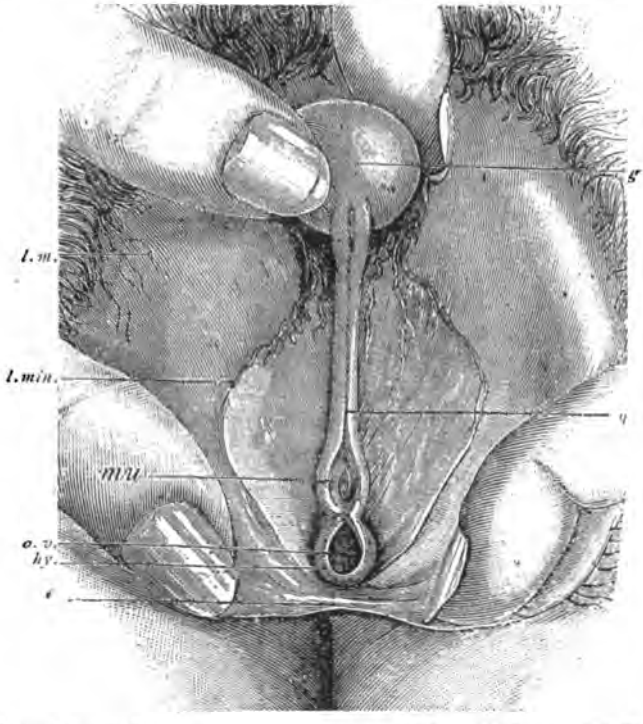


Fig. 14. — Pseudo hermaphrodisme (organes génitaux de Louise B.) (Pozzi).
g, gland; *b*, *m*, grandes lèvres; *l. min*, petites lèvres; *m. u*, méat urinaire; *o. v*, orifice vulvaire; *hy*, hymen; *f*, fourchette; *b*, bride.

Quelques observations publiées pendant ces dernières années nous permettent cependant d'admettre l'existence de l'hermaphrodisme vrai, du moins au point de vue anatomique. Rokitansky a présenté, en 1869, à la Société de médecine de Vienne, les résultats de l'autopsie d'un individu chez lequel il a trouvé deux ovaires avec leurs trompes, un utérus rudimentaire, et, de plus, un testicule muni de son canal déférent, contenant des spermatozoïdes. Cet individu avait été régulièrement menstrué et possédait un pénis imperforé et un scrotum bifide; il n'avait jamais éprouvé de désir sexuels.

Heppner, de Saint-Pétersbourg, a publié l'observation d'un hermaphrodite de six semaines qui possédait un appareil génital féminin complet, deux testicules et un pénis d'hypospade.

Nous avons nous-même présenté à la Société de médecine légale l'observation détaillée d'un individu examiné en Allemagne par Scanzoni, Virchow et Schultze, et plus récemment, à New-York, par M. Mundé. Cet individu, du nom de Catherine Hohman, possédait un pénis imperforé, une vulve, un vagin et un utérus rudimentaire. Mais c'est surtout au point de vue physiologique que ce fait présente de l'in-

Fig. 15. — Pseudo-hermaphrodisme chez une femme de vingt-sept ans (Neugebauer). Il existe un pénis entre la fourchette et l'anus. La vulve est encore béante à la suite d'un accouchement récent.

térêt. Après avoir subi des rapprochements sexuels en tant que femme, le même individu a pu pratiquer également, pendant de longues années, un coït régulier en tant qu'homme, suivi de l'éjaculation d'un liquide contenant des spermatozoïdes. Cet individu qui était encore vivant en 1876, a donc pu remplir, imparfaitement, il est vrai, le rôle de l'homme et de la femme dans l'acte copulateur.

Nous reproduisons (fig. 14) les organes génitaux de Louise B. qui constituent un type de pseudo-hermaphrodisme (androgynoïde hypospodiaque).

Mais le cas le plus curieux d'hermaphrodisme est celui qui vient d'être observé par Neugebauer, de Varsovie, à qui nous devons de nombreux travaux sur cette question.

Il s'agit d'une femme juive de 27 ans qui se présenta dix jours après ses couches pour obtenir une place de nourrice. Présentant tous les signes extérieurs de la femme (cheveux, poitrine, voix) elle avait

un pénis bien conformé implanté sur le périnée. A un centimètre au-dessous de la fourchette se trouve un pénis de 5 centimètres de longueur à l'état de repos, et susceptible d'un développement plus considérable pendant l'érection qui a lieu très facilement au moindre attouchement, il existe un prépuce et un gland pourvu d'une dépression représentant le méat imperforé ; les corps caverneux sont manifestes et cette femme donne des signes très prononcés de désir sexuel pendant l'érection. La vulve est normalement conformée et pourvue de tous ses organes y compris le clitoris. Le toucher rectal permet d'affirmer qu'il n'existe pas de testicules. Nous reproduisons la photographie de cette malformation, qui est, jusqu'à présent, unique (fig. 15).

Quoi qu'il en soit, l'hermaphrodisme ne saurait être admis au point de vue physiologique. C'est-à-dire qu'il n'existe, dans les cas signalés, aucune disposition qui permette à l'hermaphrodite de se féconder lui-même, comme cela arrive dans certaines espèces animales. Bien plus, cette richesse sexuelle cache toujours dans l'espèce humaine une extrême pauvreté, car les organes qui existent en surcroît chez les hermaphrodites sont toujours atrophiés ou coïncident avec l'absence d'autres organes indispensables pour l'accomplissement régulier des fonctions génératrices.

Dans la grande majorité des cas, il ne s'agit du reste que d'un *hermaphrodisme apparent*. Tantôt il s'agit d'une simple criptorchidie coïncidant avec un arrêt de développement de la verge qu'on prend pour le clitoris ; d'autres fois c'est le développement extrême du clitoris coïncidant avec une soudure des grandes lèvres et la descente des ovaires dans le canal inguinal qui donne aux organes de la femme l'aspect masculin.

Lorsqu'on constate l'existence des organes des deux sexes : utérus, ovaires, verge et testicules, on dit qu'il y a *hermaphrodisme par excès ou bisexuel*.

Lorsqu'il y a coexistence d'un appareil masculin plus ou moins complet d'un côté avec un appareil féminin siégeant du côté opposé, cette disposition est désignée sous le nom d'*hermaphrodisme latéral*.

Lorsque les organes génitaux internes appartiennent à un sexe tandis que les organes génitaux externes présentent les caractères du sexe opposé, on dit qu'il y a *hermaphrodisme transverse*.

Enfin, on désigne sous le nom d'*hermaphrodisme double vertical* les cas dans lesquels on rencontre du même côté les organes mâles et femelles.

CHAPITRE II

DU VAGIN

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du col de l'utérus qu'il embrasse, à la vulve dont il est séparé par la membrane hymen. Il est donc placé en grande partie dans l'excavation pelvienne dont il suit à peu près la courbure, ayant une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Il forme donc avec l'utérus, qui est placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur, un angle très ouvert dont le sinus antérieur regarde la vessie et dont la convexité postérieure correspond avec le rectum.

La longueur du vagin est d'environ 10 centimètres ; d'après Sappey la paroi antérieure a 75 millimètres, et la paroi postérieure 95 millimètres. Cette différence s'explique par la situation du vagin par rapport au col de l'utérus.

Le calibre du vagin varie suivant les sujets, l'âge, la virginité, l'état de plénitude ou de vacuité de l'utérus, etc. ; il varie également suivant les différents points de son étendue ; il est plus étroit au niveau de l'orifice vulvaire et se dilate progressivement, d'avant en arrière, jusqu'à l'utérus. Excepté à ses deux extrémités, le vagin représente une cavité virtuelle et ses parois, antérieure et postérieure, sont dans un contact immédiat, de sorte qu'au lieu d'être cylindrique le conduit vaginal se trouve aplati, du moins à l'état de repos.

Fig. 16. — Paroi antérieure du vagin, vue par derrière (Byford).

V, méat ; U, colonne antérieure du vagin ; M, col.

La plupart des auteurs ont décrit le vagin comme étant légèrement

recourbé, mais il résulte des coupes pratiquées sur des cadavres congelés que sa direction normale est à peu près rectiligne, à l'exception de l'extrémité de sa paroi postérieure qui décrit une courbe sigmoïde contournant le col.

Les parties dilatées du vagin qui entourent le col utérin sont désignées sous le nom de *culs-de-sac* ou de *sinus* que l'on divise en

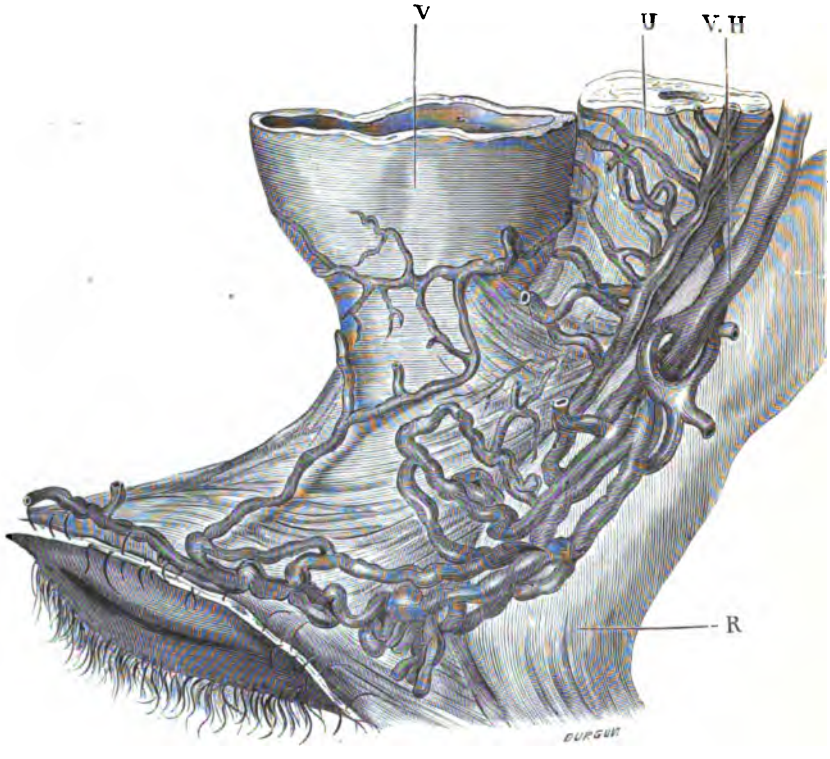


Fig. 17. — Veines profondes de la vulve et du vagin (Lebec).
V, vessie ; U, utérus ; R, rectum ; VH, veine hypogastrique.

antérieur, postérieur, latéraux. Le cul-de-sac postérieur est le plus profond et celui dont l'exploration doit être faite avec le plus grand soin, en raison des états morbides qu'il recèle souvent.

En bas, le vagin se termine par l'anneau vulvaire qui entoure son extrémité inférieure par deux muscles constricteurs : l'un, situé plus en dehors, est le *constricteur de la vulve ;* l'autre qui est le *constricteur interne* et dont les fibres lisses se continuent avec les fibres circulaires du vagin. Entre ces deux muscles se trouve le *bulbe*, véritable organe érectile.

La face antérieure du vagin répond à l'urètre, au bassin de la vessie et aux uretères; sa face postérieure répond au périnée, au rectum et au péritoine dans une étendue de 12 à 15 millimètres, c'est-à-dire dans le cul-de-sac recto-vaginal.

La surface interne des parois vaginales est sillonnée par des replic ou rides qui atteignent leur plus grande élévation à la partis moyenne où elles forment sur chaque paroi une sorte de saillie médiane s'étendant de haut en bas et augmentant près de la vulve. Ces saillies portent le nom de colonnes du vagin (fig. 16). On désigne sous le nom de *lyre du vagin* la figure formée par l'entre-croisement de ces plis et de ces saillies.

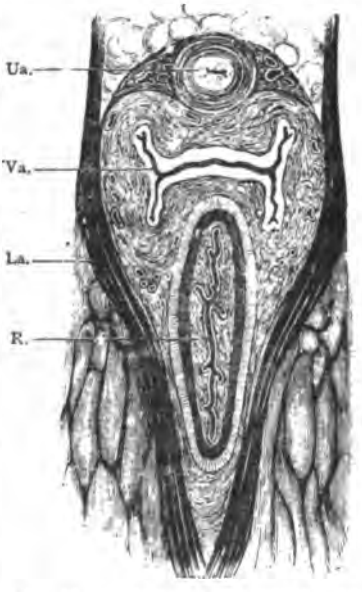


Fig. 18. — Section horizontale du plancher pelvien montrant les rapports du vagin, du rectum et de l'urètre (Henle, Byford).

Ua, urètre ; Va, vagin ; R, rectum ; La, releveur de l'anus.

Les parois du vagin présentent une épaisseur moyenne de 3 à 4 millimètres. Elles sont formées par trois couches ou tuniques, une externe, cellulo-fibreuse; une moyenne, formée par des fibres musculaires longitudinales; une interne ou muqueuse, qui est munie d'un grand nombre de papilles et tapissée d'un épithélium pavimenteux qui cesse brusquement à l'orifice du col.

Existe-t-il des glandes dans l'épaisseur des parois vaginales? C'est là une question sur laquelle on a beaucoup discuté et qui paraît devoir se résoudre par la négative. La présence du liquide qui lubréfie les parois du vagin avait fait admettre, par un grand nombre d'auteurs, que ce produit à réaction acide provenait d'organes glandulaires. Mais quand il s'est agi de démontrer l'existence de ces glandes, les histologistes ont tous été d'accord pour nier leur existence. Il faut donc admettre que le liquide qui lubréfie les parois vaginales est un produit d'exsudation et non de sécrétion.

Le vagin a pour rôle physiologique de donner un passage au flux menstruel et autres liquides provenant de l'utérus et surtout de permettre le rapprochement sexuel et, par suite, la fécondation. Il joue également un rôle important dans les phénomènes de la parturition.

Développement du vagin. — C'est aux dépens de la partie inférieure des canaux de Muller que se développe le vagin. Au commencement du 4e mois les portions des conduits de Muller d'abord isolées, situées dans le cordon génital, se fusionnent entre elles et forment un canal impair et médian aux dépens duquel se développent de haut en bas l'utérus et le vagin en totalité. La fusion débute vers le milieu du cordon génital, puis s'étend peu à peu vers ses deux extrémités. C'est par le sinus uro-génital que s'établit la communication de la partie inférieure du vagin avec le vestibule de la vulve. Mais il semble probable que les extrémités inférieures des canaux de Wolff s'unissent aux conduits de Muller pour constituer le segment inférieur ou hyménéal du vagin.

D'autres auteurs se refusent à admettre que le vagin soit uniquement formé par les canaux de Muller et prétendent que cet organe se développe simultanément par trois points séparés. Mais les enseignements que nous fournit l'anatomie comparée ainsi que les nombreux exemples de vagins doubles observés sont bien plus en faveur de la première théorie.

ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION DU VAGIN

Nous signalerons parmi les anomalies les plus fréquentes : l'absence, l'arrêt de développement, le cloisonnement, les ouvertures anormales et les vices de conformation portant sur les dimensions du vagin.

Absence du vagin. — Elle peut être totale ou partielle. Dans les cas d'absence totale l'organe est remplacé par du tissu cellulaire ou fibreux, et ce défaut de conformation coïncide le plus souvent avec l'absence de l'utérus ou avec l'existence d'un utérus embryonnaire. L'absence partielle peut porter sur une étendue plus ou moins longue et coïncide avec la présence ou l'absence de l'utérus.

Que l'absence soit totale ou partielle, elle peut coïncider avec l'existence d'un utérus normal. Il y a alors des indications chirurgicales plus ou moins précises pour établir un vagin artificiel. Des tentatives de ce genre ont été souvent couronnées de succès.

Arrêt de développement du vagin. — Cet arrêt de développement peut être accompagné de diverses anomalies qui s'expliquent lorsqu'on connaît le mode de développement des organes génitaux pendant la

vie intra-utérine. Les plus fréquemment observées sont la persistance des cloaques dont nous avons déjà parlé et le cloisonnement du vagin.

Cloisonnement du vagin. — 1° Le vagin peut être obstrué par une *cloison transversale* plus ou moins épaisse qui peut être attribuée à un arrêt de développement, dans un point de l'organe. La non-perforation de l'hymen ne saurait appartenir à cette catégorie de cloisonnement et doit figurer dans les anomalies de la vulve.

Le cloisonnement transversal siège le plus souvent à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Dans quelques cas où l'obturation semble complète et ne permet pas même l'introduction d'une sonde, il existe néanmoins un petit pertuis qui permet le passage des règles et même du sperme. On a vu la grossesse survenir dans des cas de ce genre.

Dans un grand nombre de cas, le cloisonnement du vagin passe inaperçu et le coït s'effectue dans l'une ou l'autre des cavités.

Le cloisonnement transversal est le plus souvent curable par les moyens chirurgicaux. Nous aurons à en reparler plus loin.

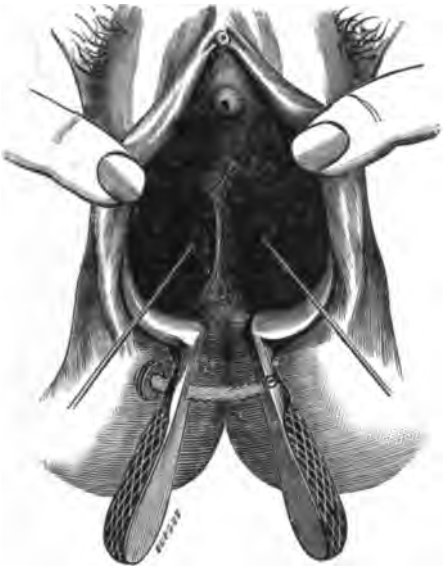


Fig. 19. — Vagin double par cloisonnement vertical; il existe un dédoublement correspondant du col utérin.

2° D'autres fois le cloisonnement est longitudinal et l'on se trouve alors en présence d'un vagin double qui s'accompagne d'une division semblable de l'utérus (fig. 19). Il existe habituellement dans ces cas un hymen pour chaque vagin. M. Puech a publié un exemple dans lequel un des vagins était imperforé et donnait lieu à la rétention des règles de ce côté.

La division longitudinale peut être complète ou incomplète et il n'existe parfois qu'un vestige de cette anomalie sur un point quelconque du vagin.

E. Fouget et Caradec ont publié chacun une observation dans laquelle il existait une cloison longitudinale allant de droite à gauche

et séparant le vagin en deux cavités secondaires, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Ouvertures anormales du vagin. — Dans quelques cas très rares où il y a imperforation de la vulve, le vagin s'ouvre dans le rectum. Rossi a observé, à l'hôpital de Turin, une femme qui a accouché par le rectum et chez laquelle cet organe avait tenu lieu de vagin pour la copulation.

CHAPITRE III

LA VESSIE, L'URÈTRE, LE RECTUM ET LE PÉRINÉE CHEZ LA FEMME

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance que présente l'étude anatomique de la vessie au point de vue de la pathologie gynécologique.

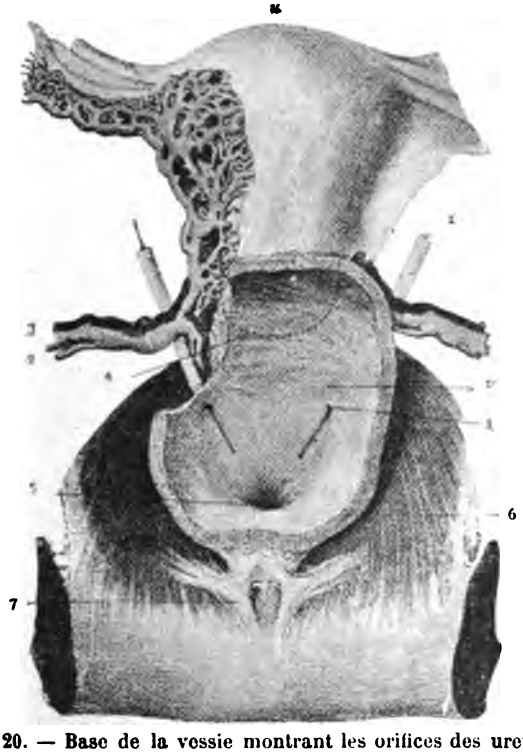


Fig. 20. — Base de la vessie montrant les orifices des uretères (Savage et Byford).

r, vessie; u, utérus; 1, uretère; 2 et 3, veine et artère utérine; 4, col utérin; 5, urètre; 6, releveur de l'anus; 7, surface postérieure du pubis.

La vessie chez la femme est placée derrière le pubis et son fond est recouvert par le péritoine. Vide, elle est repliée sur elle-même et

présente le plus souvent la forme d'un Y. Dans certains cas cependant elle forme avec l'urètre un tube continu sur la ligne médiane.

La position de la vessie varie évidemment selon son degré de distension par l'urine et selon certaines dispositions individuelles, physiologiques et pathologiques.

D'après Hart et Barbour, il est établi que : 1° à l'état de vacuité, chez la femme non enceinte, la vessie est derrière le pubis; 2° elle est remontée en dessus du pubis chez la femme en travail; 3° elle fait

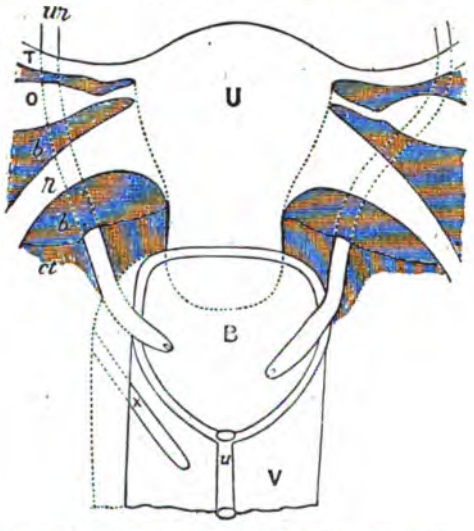


Fig. 21. — Rapport des uretères (Garrigues).

U, utérus; *ur*, uretère; B, vessie; *u*, urètre; V, vagin; T, trompe de Fallope; O, ovaire; *b*, ligament large; *r*, ligament rond; *ct*, tissu connectif; X, incision du vagin dans l'opération de la gastro-élytrotomie $\left(\frac{2}{3}\right)$.

une saillie en avant et au-dessus du pubis, dans le cas de rétroversion de l'utérus gravide.

La figure 22, représentant la coupe des organes du bassin, montre les rapports de la vessie, de l'utérus et du rectum.

L'urètre de la femme est un conduit rectiligne (souvent décrit comme courbe) de 4 à 5 centimètres de longueur, dont les parois se confondent en arrière avec la paroi vaginale postérieure. Son orifice inférieur, *le méat urinaire*, a été décrit avec la vulve.

L'urètre féminin est tapissé d'une muqueuse à épithélium pavimenteux dans sa portion inférieure ; dans sa portion supérieure, il présente une grande analogie de structure avec la vessie. La muqueuse est sillonnée de plis longitudinaux et tapissée de papilles et de glandes.

Skene a décrit deux glandes tubuleuses dans l'urètre féminin ; ces glandes sont situées à 2 centimètres au-dessus du méat urinaire, au-dessous de la muqueuse et dans les parois musculaires.

La structure de l'urètre comprend donc, outre les glandes et l'épithélium déjà décrit : une muqueuse ; une couche musculaire de fibres lisses ; une couche musculaire de fibres striées.

Enfin il importe de bien signaler les rapports des uretères. La figure 21 donne à cet égard des données aussi précises que possible.

Le *rectum* doit être étudié spécialement chez la femme, à cause de ses rapports. Il s'étend de l'articulation sacro-iliaque gauche jusqu'à

Fig. 22. — Section médiane du bassin, montrant les rapports de la vessie, de l'utérus et du rectum.

l'anus. Il est complètement recouvert par le péritoine (méso-rectum). Le péritoine venant du rectum se réfléchit sur la partie supérieure de la paroi vaginale, à 8 centimètres environ au-dessus de l'orifice vaginal. Dans sa partie antérieure le rectum est intimement en rapport avec la paroi vaginale postérieure.

Il importe de signaler certains replis qui présentent, dans le rectum, un intérêt particulier. L'un d'eux existe à 3 centimètres de l'anus. Le plus inférieur, fort bien décrit par Chadvick, de Boston, est composé de deux constricteurs semi-lunaires.

L'*anus* limite avec la fourchette l'espace désigné sous le nom de *périnée*.

Le rectum cesse d'être intimement adhérent au vagin à environ 4 centimètres de l'orifice vaginal ; de là il se dirige brusquement en arrière pour rejoindre l'anus, laissant ainsi un espace angulaire désigné sous la nom de *corps périnéal*.

L'étude anatomique de cette région présente une grande importance. Le *corps périnéal* est formé par des muscles, du tissu fibreux et du tissu élastique. Sa base est formée par la peau située entre le vagin et l'anus (périnée) ; en avant, il est limité par la paroi vaginale postérieure ; en arrière par l'anus et la paroi rectale antérieure ; sur les côtés, il est limité par du tissu adipeux.

La masse musculaire qui fait partie du corps périnéal est composée de muscles striés qui sont : le sphincter anal, le bulbo-caverneux et le releveur de l'anus.

Le corps périnéal mesure environ 4 centimètres dans le sens vertical et 2 centimètres d'avant en arrière.

Ses fonctions principales ont pour but de renforcer la partie du plancher pelvien qui n'a pas de support osseux et d'empêcher la chute du rectum, du vagin et de l'utérus. Sa destruction qui survient parfois pendant le passage de la tête fœtale est une des causes les plus fréquentes du prolapsus utérin, de la rectocèle et du prolapsus anal.

CHAPITRE IV

DE L'UTÉRUS

L'utérus ou organe de la gestation est un organe creux situé dans le bassin, entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin avec lequel il forme un angle ouvert en avant, au-dessous des anses de l'intestin grêle. Il affecte la forme d'un cône ou d'une poire aplatie d'avant en arrière. La base du cône regarde en haut.

A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs se trouve un rétrécissement qui divise l'utérus en deux parties : le corps, le col.

Rapports. — Au point de vue des rapports, sa surface extérieure offre à considérer une face antérieure, une face postérieure, deux bords latéraux, une extrémité supérieure ou fond et une extrémité inférieure.

Sa face antérieure qui est lisse, unie, convexe, est en rapport dans ses trois quarts supérieurs avec le péritoine qui la recouvre intimement, et par l'intermédiaire du cul-de-sac péritonéal, qui, suivant l'état physiologique ou pathologique des organes du petit bassin, est distendu ou non par des anses de l'intestin grêle, elle se trouve en contact avec la face postérieure de la vessie.

Enfin, ce cul-de-sac vésico-utérin peut être le siège d'épanchements, c'est ce qui arrive dans l'hématocèle anté-utérine.

Dans son quart inférieur, le péritoine a disparu, et la face antérieure se trouve en contact direct avec la vessie.

C'est là où l'on rencontre le plus souvent les fistules vésico-utérines et c'est dans cette région que se fait le plus souvent la propagation du cancer entre les deux organes.

La face postérieure est recouverte par le péritoine dans toute sa hauteur. Elle est lisse, unie, plus convexe que la face antérieure. Elle répond à la face antérieure du rectum dont elle est séparée par le cul-de-sac péritonéal postérieur, appelé encore cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac rétro-utérin, qui le plus souvent est rempli d'anses intestinales.

C'est le siège des hématocèles rétro-utérines. Les bords latéraux de l'utérus sont également convexes, sauf à l'union du corps et du col. Très épais, ils sont situés dans l'écartement des deux feuillets du péritoine qui constituent les ligaments larges. Ils répondent aux vaisseaux

Fig. 23. — Rapport de l'utérus et du rectum.

nourriciers de l'organe, c'est-à-dire aux artères utérines et aux plexus utéro-ovariens.

Le fond de l'utérus est recouvert par le péritoine et les circonvolutions de l'intestin grêle. Ce bord atteint rarement le plan du détroit

Fig. 24 et 25. — Col arrondi des nullipares (Balls Headley).

supérieur, mais il dépasse toujours le plan horizontal passant au-dessus de la symphyse pubienne. Par ses angles il se continue avec les trois cordons, le ligament de l'ovaire, la trompe de Fallope, et le ligament rond situés dans l'épaisseur du ligament large. Il est

situé au même niveau que les trompes chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, tandis que chez les autres il les déborde d'un centimètre environ.

Quant à la partie inférieure de l'organe ou col de l'utérus, c'est la partie située au-dessous de l'étranglement que l'on constate à la sur-

Fig. 26. — Autre forme de col de nullipare.

face extérieure. Il affecte la forme d'un cylindre légèrement renflé à sa partie moyenne.

Le vagin qui s'insère solidement sur tout le pourtour du col, mais

Fig. 27 et 28. — Orifice utérin en trou d'aiguille.

non à sa partie supérieure, le divise par conséquent en deux portions, une portion extra-vaginale ou sus-vaginale, et une intra-vaginale qui est seule appréciable à la vue et qui forme dans le vagin une saillie conique, que l'on appelle museau de tanche.

L'aspect du col varie beaucoup suivant l'état physiologique de l'organe. De consistance dure à l'état normal, il se ramollit durant la grossesse, et après l'accouchement, au lieu de la saillie arrondie que l'on observe chez les nullipares, il devient aplati, écrasé, tout à fait différent de forme et d'aspect. Même chez les femmes nullipares le col et son orifice présentent de grandes variétés d'aspect (fig. 24 à 28).

Il tend en outre à disparaître de plus en plus à mesure que les

femmes avancent en âge et s'efface presque complètement chez les vieilles femmes. Dans quelques cas, le col présente une disposition vicieuse que nous considérons comme une cause fréquente de stérilité ; c'est lorsqu'il est conique et pointu et présente l'aspect d'un museau de taupe (fig. 29 et 30).

L'extrémité du col présente un orifice qui montre des dimensions

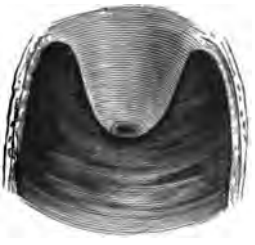


Fig. 29. — Col conique.

Fig. 30. — Col conique antéfléchi.

variables. Très petit et circulaire chez la femme nullipare il se modifie notablement sous l'influence de grossesses répétées et peut même permettre dans certains cas l'introduction de la première phalange du doigt. Il représente alors une fente de 10 à 12 millimètres d'étendue à laquelle on considère deux lèvres, une antérieure et une postérieure.

Le *volume* de l'utérus est extrêmement variable. Abstraction faite de tout état morbide et des modifications résultant de la grossesse, il présente les dimensions suivantes :

Longueur.	0m,060 à 0m,070
Largeur	0m,035 à 0m,044
Épaisseur.	0m,020 à 0m,025

Ce volume varie non seulement d'après les individus, mais encore suivant qu'on examine l'organe avant ou après la puberté, pendant les règles ou dans la période inter-menstruelle.

Le *poids* de l'organe, qui est en moyenne de 45 grammes, peut également varier dans les conditions que nous venons d'indiquer. Au terme de la grossesse il pèse de 750 à 1.500 grammes.

La *direction normale* de l'utérus doit être bien connue du gynécologiste. Cet organe est situé dans l'axe du détroit supérieur et à une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; la direction du vagin étant en sens inverse, il en résulte que le conduit utéro-

vaginal décrit dans son ensemble une courbe à concavité antérieure concentrique à celle de l'excavation pelvienne (fig. 22).

Quelques auteurs pensent que l'utérus est tout à fait rectiligne, mais la plupart des anatomistes admettent que le corps est légèrement fléchi en avant sur le col. Il y a, en effet, le plus souvent, à l'état normal, une légère flexion antéversive, ce qui explique du reste la fréquence de l'antéversion morbide qui n'est que l'exagération d'une tendance normale. Il faut tenir compte également de l'état de réplétion de la vessie.

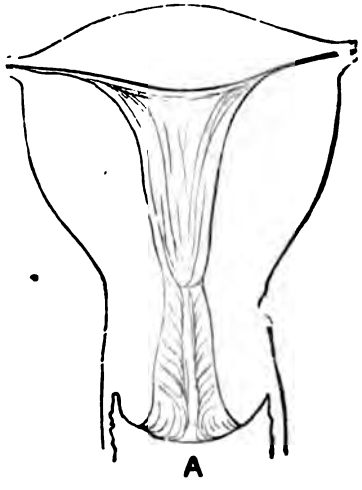


Fig. 31. — Utérus de multipare suivant une coupe verticale.
A, cavité du col et arbre de vie.

Nous avons vu qu'au point de vue anatomique on divise l'utérus en deux parties : une partie supérieure ou *corps*, une partie inférieure ou *col*.

Nous avons étudié ces deux parties au point de vue de leurs rapports extérieurs, nous allons maintenant examiner les cavités distinctes auxquelles elles correspondent en étudiant la conformation intérieure de l'organe.

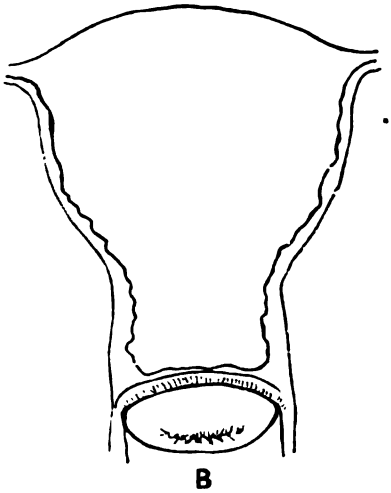


Fig. 32. — Utérus de multipare vu de face.

Conformation intérieure de l'utérus. — La cavité intérieure de l'utérus présente une longueur d'environ 52 millimètres qui se répartissent de la manière suivante: 22 pour la cavité du corps, 25 pour la cavité du col et 5 pour le canal intermédiaire. Cette longueur totale s'élève, chez la femme multipare à 57 millimètres. Elle augmente sous l'influence de la grossesse. A l'état normal, l'intérieur de l'utérus ne peut contenir que quelques grammes de liquides, 3 à 5 centimètres cubes chez les vierges, 5 à 8, chez les multipares.

Quant à la membrane muqueuse qui tapisse cette surface, elle présente une disposition unique dans l'économie. Elle se continue directement avec le péritoine au niveau du pavillon de la trompe de Fallope, de telle sorte que les deux cavités communiquent entre elles.

La *cavité du corps* présente une forme triangulaire et est constituée par les deux faces planes appliquées l'une sur l'autre et séparées quelquefois par une mince couche de mucus. Les angles supérieurs représentent chacun un canal infundibuliforme au sommet

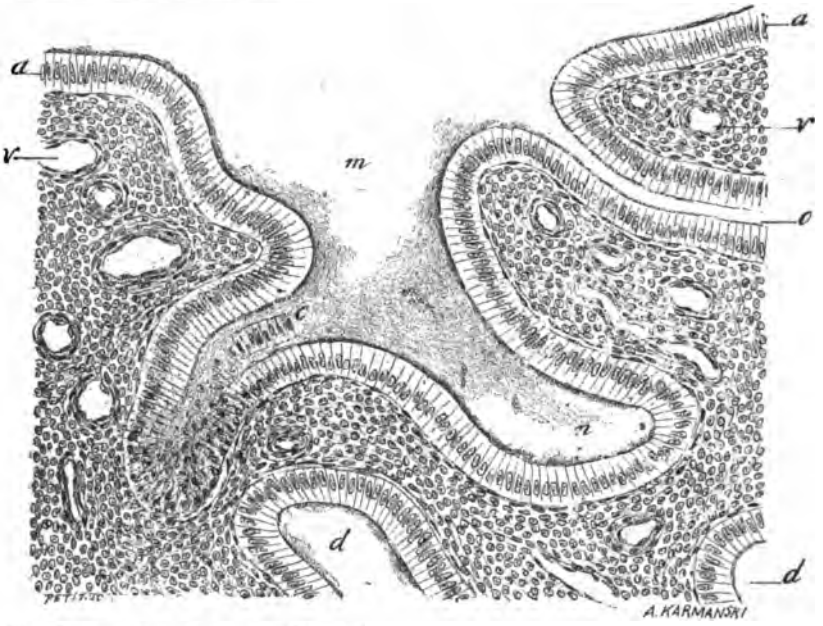


Fig. 33. — Coupe transversale supérieure de la muqueuse du col (250 diamètres)

a, *a*, revêtement épithélial de la surface de la muqueuse; *c*, quelques cellules épithéliales détachées; *m*, mucus; *o*, orifice d'une glande; *d*, *d*, coupe oblique d'une glande; *k*, couche de cellules plates situées sous l'épithélium; *v*, vaisseaux; *t*, tissu conjonctif de la muqueuse infiltré de petites cellules rondes.

duquel la trompe vient aboutir, l'angle inférieur se continue avec la cavité du col.

Le triangle de la cavité du corps présente un aspect variable chez la femme nullipare et chez la femme multipare. Chez la première, les bords du triangle présentent une convexité antérieure ; chez la seconde ils sont rectilignes. Nous appelons l'attention sur l'importance que présente ce caractère anatomique, en médecine légale, au point de vue de la constatation de la nulliparité ou de la multiparité.

La *cavité du col* diffère considérablement de celle du corps, elle a la forme d'un canal renflé à sa partie moyenne et aplati d'avant en arrière (fig. 31 et 32).

On remarque sur chacune des parois de ce canal des replis qui ont été comparés aux branches d'un arbre et qu'on a désignés sous le nom d'arbre de vie (fig. 31).

Fig. 34. — Epithélium de la muqueuse du col (de Sinety).
CV, cellules vibratiles; CC, cellules calciformes.

Le canal intermédiaire qui relie la cavité du corps et la cavité du col, désigné sous le nom d'*orifice interne*, n'est pas un simple orifice, mais une sorte de détroit ayant 5 à 6 millimètres de longueur. Ce canal présente un diamètre d'environ 3 millimètres, mais il est souvent plus étroit et ne permet pas toujours facilement le passage de la sonde.

Structure de l'utérus. — On décrit à l'utérus trois tuniques : une

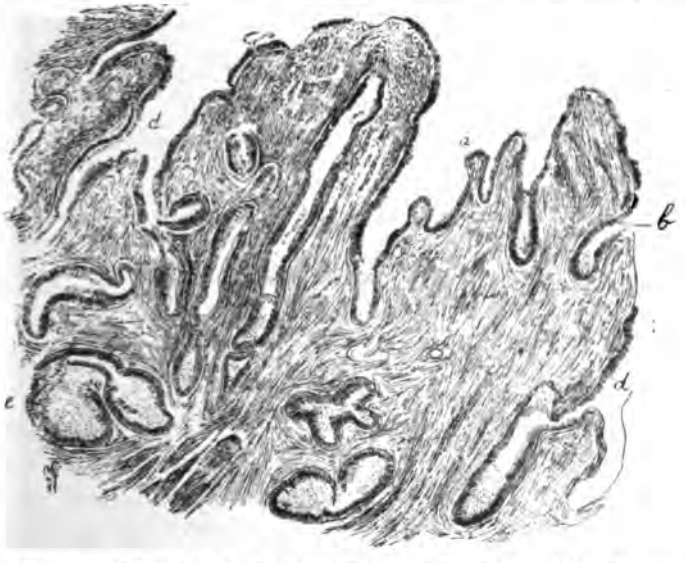


Fig. 35. — Portion de la coupe de la muqueuse du col de l'utérus (grossissement de 40 diamètres).
a, surface de la muqueuse à la surface d'une saillie de l'arbre de vie; *a*, papilles ; *d. d*, dépressions conduisant à des glandes; *e*, culs-de-sac glandulaires; *b*, petite glande superficielle.

tunique externe ou séreuse, une tunique musculeuse et une tunique muqueuse.

La *tunique séreuse* est une dépendance du péritoine. Après avoir

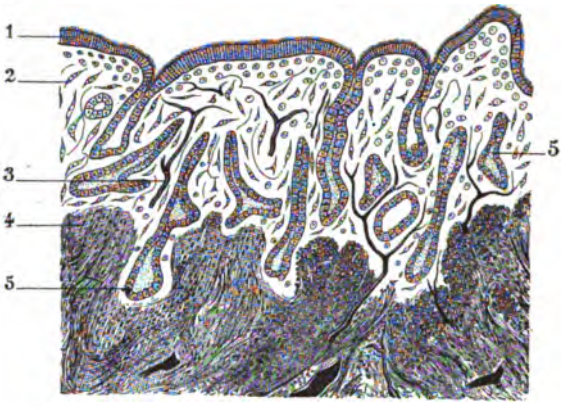


Fig. 36. — Muqueuse du corps de l'utérus (Berdal).
1, épithélium ; 2, cellules conjonctives ; 4, muscle utérin ; 5, glandes.

tapissé la face postérieure de la vessie, le péritoine se réfléchit pour s'appliquer sur la partie antérieure du corps, du fond et à toute la

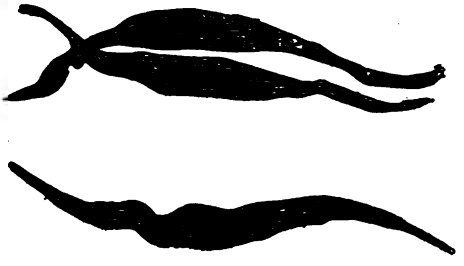


Fig. 37. — Cellules musculaires de l'utérus pendant la grossesse (Berdal).

face postérieure de l'utérus, en se plongeant à droite et à gauche sur les feuillets musculaires des ligaments larges.

La *tunique musculeuse* forme à elle seule presque toute l'épaisseur des parois de l'utérus ; grisâtre à la coupe, elle paraît formée de filaments entre-croisés, au milieu desquels se voient des orifices vasculaires. On ne possède, du reste, qu'un très petit nombre de notions positives, sur la texture musculaire de l'utérus qui varie, du reste, suivant qu'on la considère à l'état ordinaire ou pendant la gestation.

La tunique musculeuse de l'utérus a le privilège de donner

fréquemment naissance à des tumeurs désignées sous le nom de

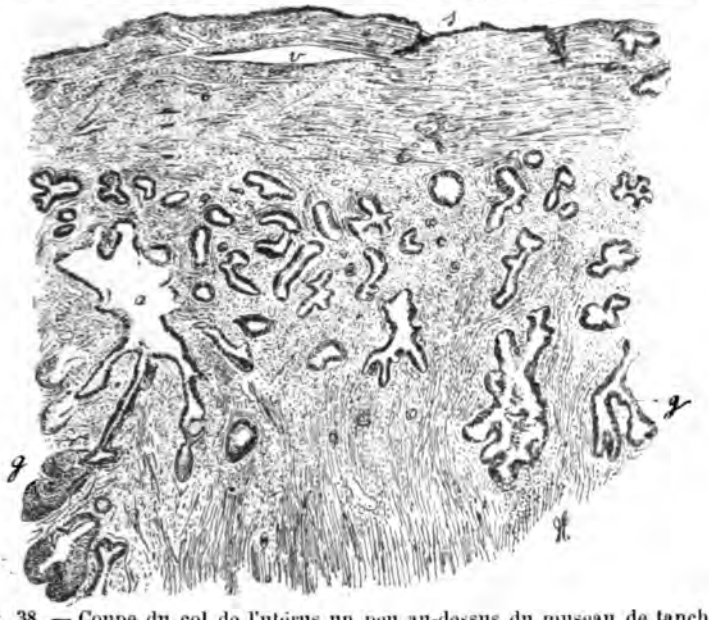


Fig. 38. — Coupe du col de l'utérus un peu au-dessus du museau de tanche (grossissement de 30 diamètres).

s, surface interne de la muqueuse formée par du tissu conjonctif et des vaisseaux *a*, ouverture qui correspond à une dépression de l'arbre de vie coupée obliquement; *g*, *g*, *g*, glandes extrêmement nombreuses situées dans la couche profonde de la muqueuse.

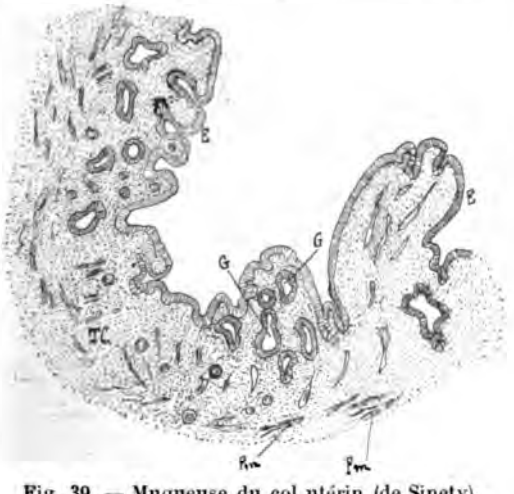


Fig. 39. — Muqueuse du col utérin (de Sinety).
Epithélium; GG, glandes; TC, tissu conjonctif; Fm, fibres musculaires.

corps fibreux ou fibromes et qui jouent un rôle important dans la pathologie utérine.

La *tunique muqueuse* revêt tous les points de la surface interne de l'utérus, mais elle diffère dans sa composition histologique, selon qu'elle occupe le corps ou le col.

A. La muqueuse du corps est extrêmement épaisse, ce qui avait fait autrefois contester son existence, et adhère très intimement à la

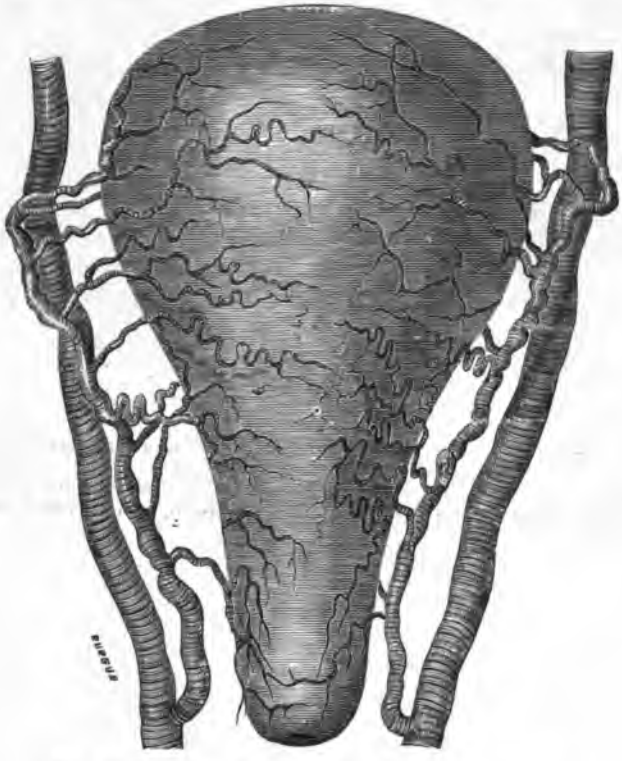


Fig. 40. — Artères utérines injectées chez une femme récemment accouchée (Lebec).

tunique musculeuse. Elle se compose d'une couche superficielle épithéliale, composée de cellules à cils vibratiles. Elle contient un grand nombre de glandes en tubes qui fournissent un mucus transparent et peu visqueux (fig. 35 et suivantes).

B. La muqueuse du col diffère de celle du corps par sa couleur qui est plus blanche, par sa consistance qui est plus ferme et par sa moindre épaisseur. Sa couche épithéliale est pavimenteuse à son tiers inférieur. Elle contient de nombreuses glandes en grappes qui

sécrètent un mucus alcalin, visqueux et gélatineux. Ces glandes peuvent donner naissance à de petits kystes qui siègent dans l'épaisseur du col et qu'on a longtemps décrits improprement, sous le nom d'œufs de Naboth.

Vaisseaux et nerfs. — Les artères de l'utérus sont les artères utérines branches de l'artère hypogastrique et les artères utéro-ovariennes naissant directement de l'aorte. Ces artères se rejoignent à l'embouchure des trompes. Elles sont remarquables par leurs flexuosités.

Fig. 41. — Vaisseaux de l'utérus.

Les veines ou sinus utérins adhèrent intimement au tissu musculaire et prennent, surtout pendant la grossesse, un grand développement.

Elles forment sur les côtés de l'utérus et dans les ligaments larges, un plexus, le plexus utéro-ovarien, qui donne naissance à des branches

qui se rendent, les unes, à la veine hypogastrique, les autres, celles de gauche, à la veine rénale ; celle de droite à la veine cave inférieure.

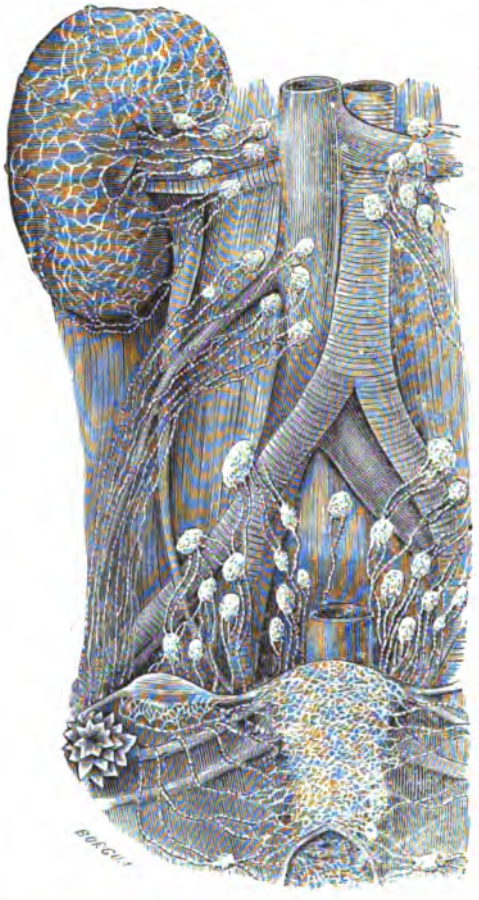


Fig. 42. — Vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses annexes.

Les vaisseaux lymphatiques sont extrêmement nombreux. Ils forment deux groupes, celui du col, celui du corps.

Deux ou trois vaisseaux, au niveau du col, aboutissent aux ganglions lymphatiques situés dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive.

Les lymphatiques nés du corps convergent vers les angles, forment deux gros vaisseaux qui se rendent aux ganglions lombaires. Quant aux nerfs, ils ne sont pas extrêmement nombreux, la muqueuse utérine, surtout celle du col, est peu sensible.

Ils proviennent du plexus hypogastrique et du plexus utéro-ovarien.

Développement de l'utérus. — L'utérus se développe aux dépens

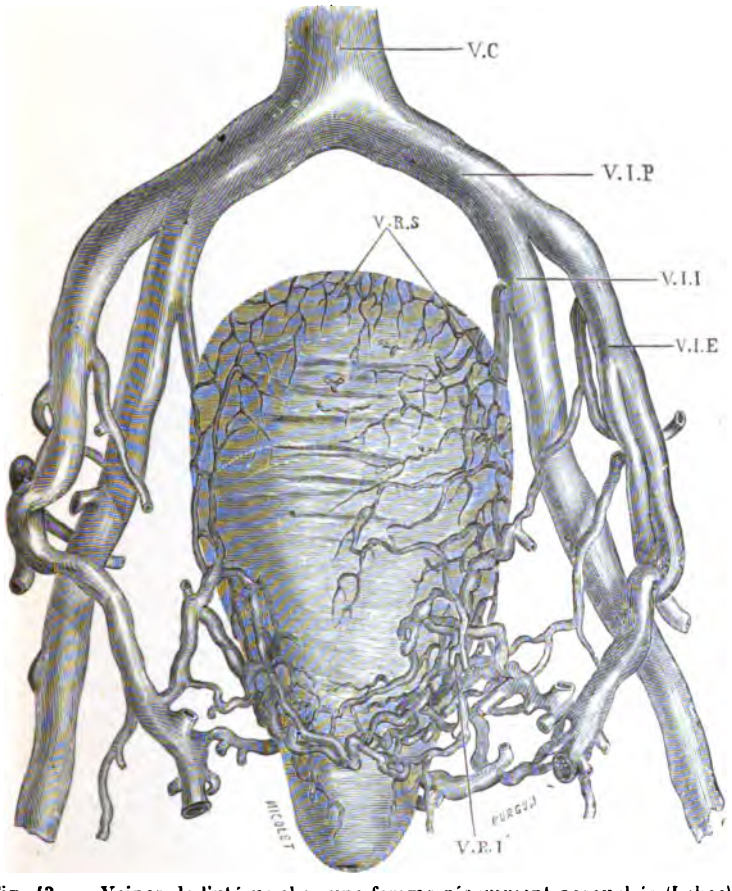


Fig. 43, — Veines de l'utérus chez une femme récemment accouchée (Lebec).
V.C., veine cave inférieure ; V.I.C., veine iliaque primitive ; V.I.I., veine iliaque interne ; V.I.E., veine iliaque externe ; V.R.S., veines utérines supérieures ; V.R.I., veines utérines inférieures.

des canaux de Muller. Ceux-ci se fusionnent partiellement vers la 8e semaine de la vie embryonnaire, pour constituer le vagin et l'utérus ; les parties des canaux de Muller qui doivent former les trompes, restent encore séparées, à cette époque.

Chez quelques animaux, les canaux de Muller ne se soudent pas ou ne se réunissent qu'à leur extrémité inférieure ; c'est cette particularité qui est le point de départ des utérus bicornes.

VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS

Les anomalies et les vices de conformation de l'utérus constituent une des plus importantes parties de la pathologie chirurgicale de cet organe ; ils ne peuvent donc être longuement étudiés dans ce chapitre, dans lequel nous ne devons aborder que les notions élémentaires de l'anatomie chirurgicale. Nous signalerons donc, d'une façon

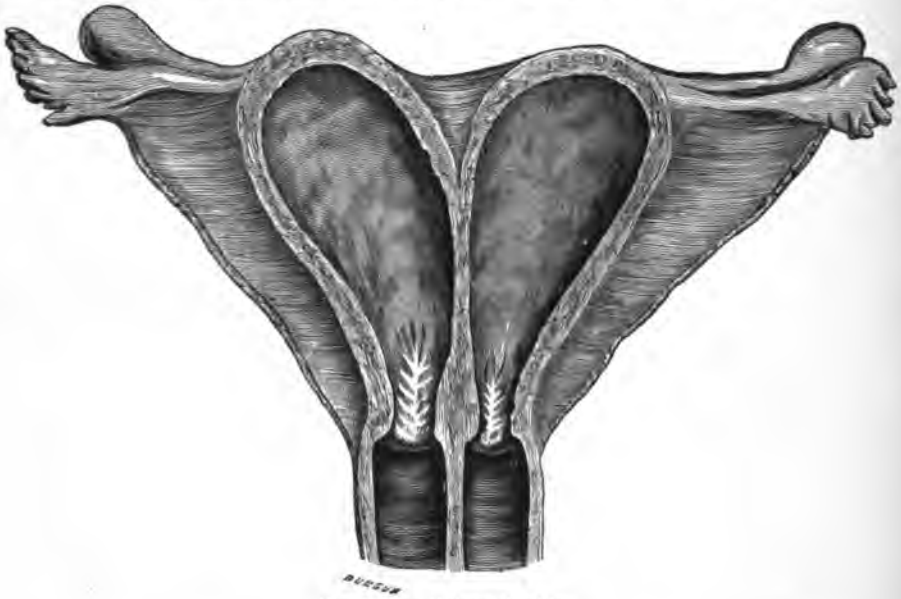


Fig. 44. — Utérus double.

sommaire, les vices de conformation de l'utérus et nous aurons plus tard à revenir sur le traitement chirurgical, dont ces anomalies sont susceptibles.

1° *Duplicité et bifidité de l'utérus.* — Ce que nous avons dit du développement du vagin et de l'utérus permet d'en comprendre les principales anomalies. Que l'évolution de ces organes, au lieu de parcourir toutes ses phases successives, s'arrête subitement et définitivement, on observe un vice de conformation qui varie suivant l'époque à laquelle a eu lieu l'arrêt de développement. Si l'évolution s'arrête au début on obtient deux vagins et deux utérus absolument indépendants (*uterus duplex*).

Quand l'arrêt de développement survient lorsque les deux vagins

sont déjà unis, on trouvera un seul vagin à cavité cloisonnée et deux utérus encore indépendants.

D'autres fois, les deux utérus sont déjà réunis inférieurement et la bifidité porte sur la moitié supérieure, en rappelant une disposition qui est normale chez la plupart des ruminants.

Si le développement s'arrête lorsque les deux vagins et les deux utérus sont soudés, il existe un seul vagin et un seul utérus, l'un et l'autre cloisonnés sur la ligne médiane (*uterus septus*).

Enfin, quand le développement a lieu lorsque la cloison a déjà commencé à disparaître, il existera une cavité vaginale unique et deux cavités utérines ; ou bien la cavité utérine sera unique en bas et double supérieurement (Sappey).

En somme, la duplicité, la bifidité et le cloisonnement total ou partiel de l'utérus ne reconnaissent pour cause que la persistance d'un état provisoire. Un utérus n'est double, bifide ou cloisonné, que lorsque ses deux moitiés ne se sont pas réunies ou se sont réunies seulement dans une de leurs parties. Mais cette duplicité est plutôt apparente que réelle, car, si l'on a observé des utérus doubles dans lesquels chaque corne correspondait à un ovaire (*uterus didelphis*), on n'a pas rencontré, jusqu'à présent, sur le même sujet, deux utérus complets, c'est-à-dire ayant chacun deux trompes et deux ovaires.

2° *Arrêt de développement.* — On désigne sous le nom d'*utérus fœtal*, *utérus infantile*, celui qui a conservé chez la femme adulte les caractères qu'il présente chez l'enfant nouveau-né. Dans ces cas l'utérus est resté cylindrique et le col en constitue la presque totalité ; le museau de tanche fait à peine saillie dans le vagin et l'orifice externe a des dimensions très minimes lorsqu'il n'est pas oblitéré. Quoiqu'on ait observé des cas d'utérus infantile coïncidant avec l'existence de la fonction menstruelle, ce vice de conformation est presque toujours accompagné de dysménorrhée et entraîne nécessairement la stérilité. L'arrêt de développement peut être partiel et ne porter que sur une des cornes. Barnes dit que les cas de ce genre sont fréquents.

Puech a désigné sous le nom d'*utérus pubescent* cet état dans lequel l'organe est resté dans une situation intermédiaire, entre l'utérus infantile et celui de la jeune fille vierge, au début de la période d'activité sexuelle. On n'observe plus ici la prédominance du col sur le corps. D'après Puech, l'utérus pubescent diffère surtout par son poids, qui n'est que de 27 grammes environ, tandis que le poids de l'utérus normal atteint généralement 45 grammes.

Cet état coïncide souvent avec une atrésie partielle ou totale du canal cervical ; la menstruation est absente ou faible et très irrégulière ; la stérilité est à peu près constante.

3° *Hypertrophie de l'utérus.* — Dans quelque cas l'utérus dépasse ses dimensions normales. Cette hypertrophie, qui est rarement congénitale et presque toujours acquise, peut porter sur le col, sur le corps ou sur la totalité de l'organe.

Comme l'hypertrophie de l'utérus constitue un état morbide souvent susceptible d'un traitement chirurgical, nous lui consacrerons un chapitre spécial.

4° *Atrésie, rétrécissements du canal cervical.* — Nous ne faisons que signaler parmi les anomalies de l'utérus, le rétrécissement congénital et l'atrésie. Ces vices de conformation, qui sont tantôt congénitaux, tantôt acquis, seront également décrits dans le chapitre consacré au traitement des rétrécissements du col utérin (voy. *Atrésie*).

CHAPITRE V

DES OVAIRES, DES TROMPES ET DES LIGAMENTS LARGES

Les ovaires, ordinairement au nombre de deux, sont les organes dans lesquels se forment les ovules. Ils produisent donc un des deux éléments nécessaires à la reproduction de l'espèce et jouent, dans

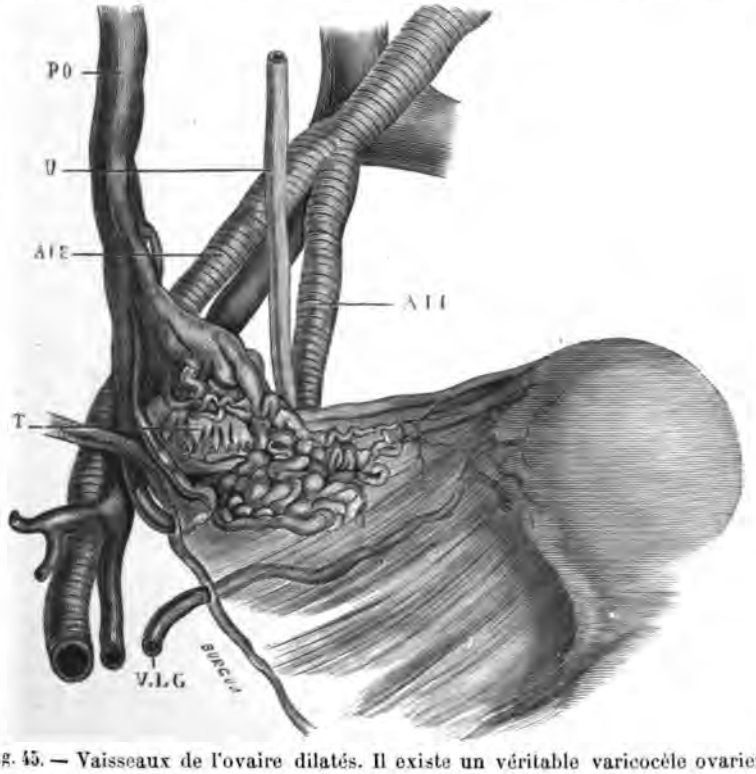


Fig. 45. — Vaisseaux de l'ovaire dilatés. Il existe un véritable varicocèle ovarien.
A.I., artère iliaque interne ; A.I.E., artère iliaque externe ; U, uretère ; T., trompe ; V.L.G., veine lombaire gauche ; P.O., plexus ovarien.

l'appareil génital de la femme, le rôle qu'occupent les testicules chez l'homme (*testes muliebres*).

Les ovaires sont situés de chaque côté de l'utérus, dans l'aileron

postérieur du ligament large ; ils forment une saillie très nette, à travers la paroi postérieure de ce ligament. Les trompes et les ligaments ronds les séparent de la vessie, en avant du rectum, dont ils se trouvent ordinairement séparés par les circonvolutions les plus déclives de l'iléon.

Chaque ovaire est relié à l'utérus par un cordon arrondi et résistant, le *ligament de l'ovaire ;* deux replis du péritoine, les *ligaments larges*, les attachent en dehors aux parois latérales de l'excavation pelvienne. Par leur situation dans l'épaisseur du ligament large les ovaires présentent à la fois une certaine fixité et une certaine mobilité. La fixité a l'avantage de les maintenir en rapport avec les trompes et de prévenir l'écartement des ovaires, la mobilité leur permet de se prêter aux nombreux déplacements que leur impriment les organes voisins.

La direction des ovaires est transversale, comme celles du cordon qui les rattache à l'utérus ; leurs dimensions varient suivant les sujets

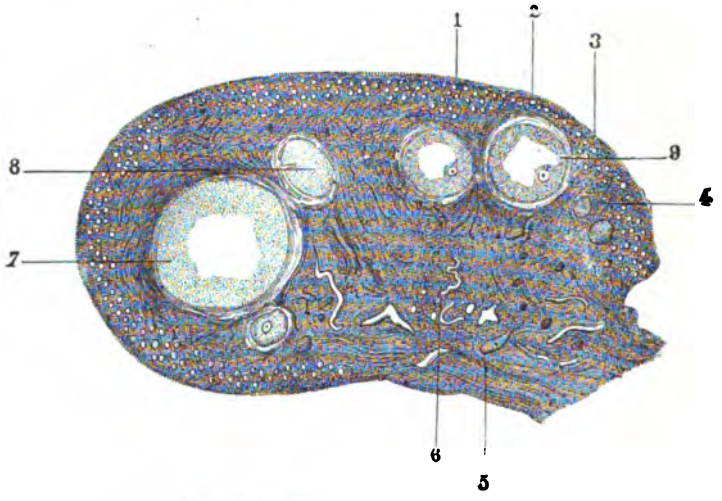


Fig. 46. — Coupe de l'ovaire (Stohr).

1 et 2, épithélium germinatif ; 3, couche de follicules jeunes ; 4, couche ovigène ; 5, bulbe de l'ovaire ; 6, artère hélicine ; 7, gros follicule de de Graaf dont l'ovule est enlevé ; 8, follicule dont la partie superficielle seule est comprise dans la coupe ; 9, follicule de de Graaf complet.

et suivant qu'on les observe dans leur état ordinaire ou au moment de la maturité des ovules. Dans l'état habituel, les diamètres moyens des ovaires sont de 3 à 4 centimètres de long, 2 de large et 1/2 d'épaisseur. Ces organes présentent une forme ovoïde aplatie d'avant

en arrière qui les a fait comparer à une amande. A l'état normal un ovaire pèse de 6 à 8 grammes.

Les vaisseaux et les nerfs pénètrent par le bord inférieur désigné sous le nom de *hile*. Les artères et les veines sont fournies par les *utéro-ovariennes* qui alimentent également l'utérus.

La *structure* de l'ovaire a été l'objet de nombreux et remarquables travaux dus à MM. Schroen et Sappey. Avant ces auteurs on consi-

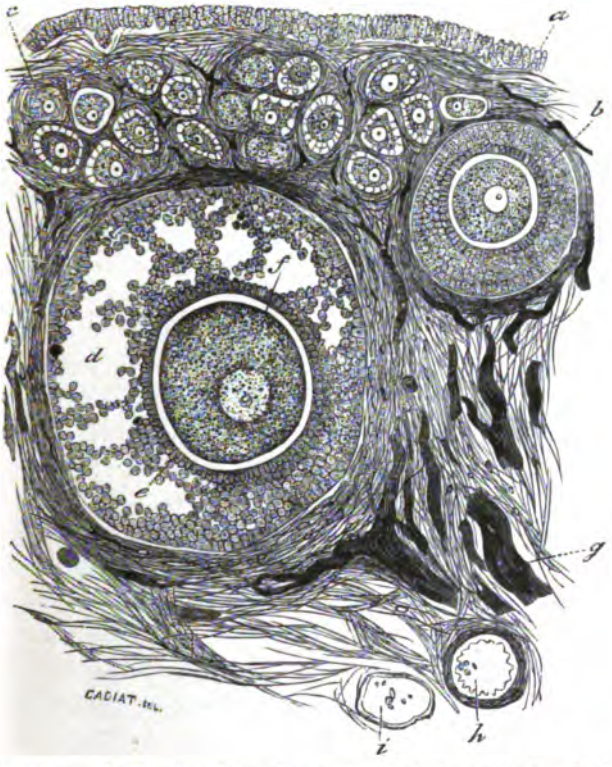


Fig. 47. — Coupe de l'ovaire d'une chatte montrant des vésicules de de Graaf à différentes périodes de leur développement (Cadiat).

a, épithélium germinatif ; *b*, petite vésicule de de Graaf ; *c*, premier degré de la vésicule de de Graaf, avant la formation de l'épithélium folliculaire ; les groupes de vésicules qui sont à ce niveau correspondent à ces vésicules en voie de déplacement ; *d*, vésicule de de Graaf très développée, renfermant du liquide ; au centre est l'ovule entouré de *e*, la couche épithéliale prismatique ; *f*, la membrane vitelline ; *g*, vaisseaux veineux ; *h*, *i*, artériolés.

dérait à l'ovaire une enveloppe séreuse, une enveloppe fibreuse analogue à la tunique albuginée et une enveloppe spongieuse centrale au sein de laquelle se développaient les ovules. Mais les recherches de M. Sappey ont démontré que l'enveloppe séreuse est remplacée par

une simple couche épithéliale, que l'enveloppe fibreuse n'existe pas et que la portion spongieuse ne contient ni vésicules de de Graaf ni ovules.

Lorsqu'on divise l'ovaire perpendiculairement à sa surface et dans toute son épaisseur, on constate qu'il se compose de deux parties distinctes :

1° Une partie superficielle, de couleur blanche, qui entoure l'organe de toutes parts et est le siège exclusif des vésicules ovariennes ; c'est la portion *périphérique*, *glandulaire* ou *ovigène ;*

2° D'une partie centrale de couleur rougeâtre et de consistance spongieuse essentiellement constituée par des vaisseaux et des fibres musculaires : c'est la *portion spongieuse*, *vasculaire* ou *bulbeuse.*

Vésicules ovariennes et ovules. — Les vésicules ovariennes, désignées également sous le nom de *vésicules de de Graaf*, sont les enveloppes des œufs ou ovules, elles se trouvent seulement dans la portion périphérique de l'ovaire et non dans la portion bulbeuse. De Graaf en avait estimé le nombre à 20 et la plupart des physiologistes avaient jusqu'à ce jour répété ce chiffre ; mais les remarquables recherches de M. Sappey ont démontré que le nombre des ovisacs et ovules s'élève pour chaque glande à plus de 300.000, c'est-à-dire à près de 700.000 pour chaque femme.

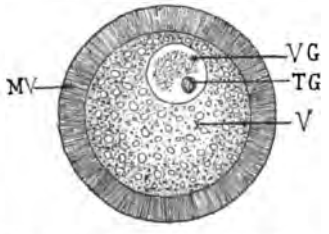


Fig. 48. — Ovule de mammifère (Berdal).

MV, membrane vitelline ; V, vitellus ; VG, vésicule germinative ; TG, tache germinative.

L'*ovule* occupe le centre des vésicules et a également une forme sphérique ; chaque ovule se compose de dedans en dehors :

1° D'une enveloppe désignée sous le nom de *membrane vitelline ;*

2° D'un liquide granuleux, le *vitellus ;*

3° D'une vésicule transparente, la *vésicule germinative.*

Nous allons maintenant étudier les vésicules ovariennes et les ovules dans leurs fonctions physiologiques, c'est-à-dire pendant la menstruation.

PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE ET DE LA MENSTRUATION

Pendant toute la durée de la période menstruelle, c'est-à-dire de quatorze ou quinze ans à quarante-cinq ou cinquante, l'immense majorité des vésicules ovariennes et des ovules ne subissent aucune modi-

fication importante. Mais quelques-unes, dont le nombre peut s'élever à plusieurs centaines, sont destinées à parcourir une évolution complète et à jouer un rôle dans les phénomènes de la menstruation et de la fécondation.

A. **Déhiscence des vésicules ovariennes.** — La vésicule qui doit suivre cette évolution grossit et atteint le volume d'un grain de millet : elle franchit les limites de la couche ovigène, puis arrivant au terme de son développement, elle se rompt pour donner passage à l'ovule. C'est le phénomène qu'on a désigné sous le nom d'*ovulation*, de *ponte périodique* ou de *déhiscence des vésicules ovariennes*.

La vésicule destinée à parcourir toutes les phases de développement se couvre de vaisseaux; le liquide contenu dans sa cavité est sécrété en plus grande abondance, de sorte qu'elle augmente de volume et fait une saillie de plus en plus considérable à la surface de l'ovaire. C'est ainsi qu'elle peut atteindre un centimètre ou un centimètre et demi de diamètre.

Cette évolution, pour être complète, demande habituellement trois ou quatre semaines. Il suffit alors du moindre ébranlement pour provoquer la rupture de l'ovule; mais cette rupture a le plus souvent lieu spontanément, par suite de sa distension et de turgescence du bulbe qui refoule l'ovule.

Nous avons dit que la ponte a lieu spontanément toutes les trois ou quatre semaines; mais celle-ci peut être devancée par des causes diverses. C'est ainsi que la frayeur, une chute, un effort quelconque ou le spasme vénérien qui provoque la turgescence du bulbe peuvent déterminer la déhiscence de la vésicule.

B. **Phénomènes qui surviennent simultanément dans les trompes et l'utérus.** — Pendant que les phénomènes que nous venons de décrire se passent dans l'ovaire et la vésicule ovarienne, d'autres se passent dans les trompes et dans l'utérus.

Les *trompes* se vascularisent, leurs fibres musculaires se contractent; sous l'influence de cette contraction, le pavillon s'applique à la surface de l'ovaire pour recevoir la vésicule dont la déhiscence doit avoir lieu. Grâce à ce rapprochement l'ovule passe immédiatement de la cavité de l'*ovisac* dans celle de la trompe ou *oviducte*.

L'*utérus* qui participe à la surexcitation fonctionnelle de l'ovaire, devient en même temps le siège de modifications importantes. Sa muqueuse augmente d'épaisseur, le sang afflue dans ses vaisseaux

qui se développent, puis il survient un écoulement d'abord peu abondant qui se mêle au mucus utérin et ne tarde pas à se transformer en une véritable hémorragie qui dure de trois à dix jours. C'est ce qui constitue la menstruation.

Il est généralement admis que la menstruation coïncide toujours avec la ponte périodique. Presque tous les physiologistes ont confirmé

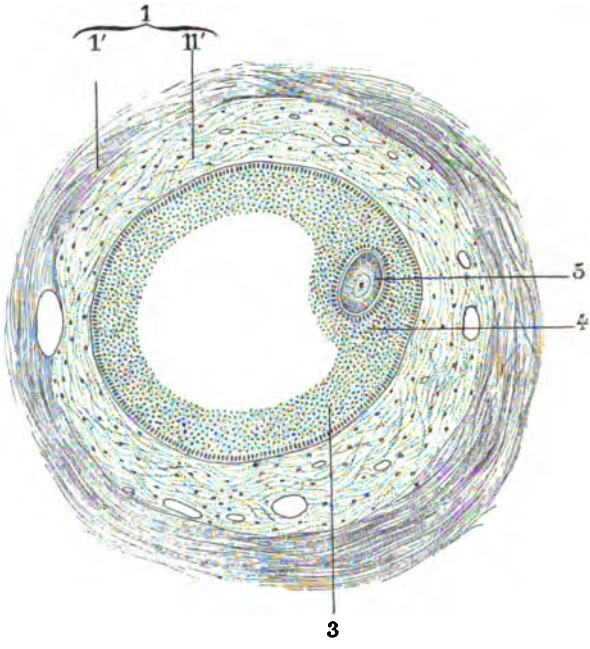


Fig. 49. — Follicule de de Graaf (Stohr).

1, enveloppe connective; 1', couche externe se confondant avec le stroma de l'ovaire; 1'', couche interne forme de tissu conjonctif; 3, couche granuleuse; 4, cumulus proliger; 5, ovule.

cette opinion, émise par Négrier, en 1841. Néanmoins des travaux récents publiés en Angleterre et en Allemagne[1] sont venus battre en brèche la théorie classique. La question n'est pas encore jugée aujourd'hui, mais il est permis de conclure de faits récemment publiés que, si la ponte coïncide habituellement avec l'écoulement menstruel, la menstruation et l'ovulation peuvent exister d'une manière indépendante dans un assez grand nombre de cas.

C. Phénomènes qui surviennent après la déhiscence des vésicules

[1] Nous avons reproduit quelques-uns de ces travaux dans les *Annales de Gynécologie* Paris, 1876.

ovariennes. — Formation des corps jaunes. — Après sa rupture, la vésicule ovarienne devient le siège d'une petite inflammation qui a pour cause l'épanchement d'une petite quantité de lymphe plastique mélangée de sang. Puis les deux bords de la déchirure se rapprochent, et ils sont juxtaposés au bout de quarante-huit heures. La vésicule ovarienne s'épaissit ensuite, se replie sur elle-même, et forme à la surface de l'ovaire une saillie jaunâtre, décrite par Malpighi, sous le nom de *Corps jaune* (*Corpus luteum*). Ch. Robin a démontré que la coloration de cette petite tumeur était due à la présence de granulations graisseuses qui sont très abondantes et ont leur siège dans les parois mêmes de la vésicule ovarienne.

D. **Des vésicules ovariennes après la ménopause.** — Entre quarante-cinq et cinquante ans, à l'époque où cesse la menstruation, les vésicules ovariennes disparaissent graduellement et finissent par ne plus laisser aucune trace de leur existence, on ne trouve plus alors à la surface de l'ovaire que la trame fibreuse dans laquelle elles étaient situées et les cicatrices qui ont succédé à leur déchirure.

Mais la portion bulbeuse de l'ovaire conserve jusque dans l'extrême vieillesse des débris assez apparents, qui attestent le passage des vésicules. Ces débris consistent en petits points blanchâtres présentant de 3 à 5 millimètres de diamètre, et qui sont constitués par d'anciens corps jaunes.

DÉVELOPPEMENT DE L'OVAIRE

De même que le testicule, l'ovaire se forme sur le côté interne du

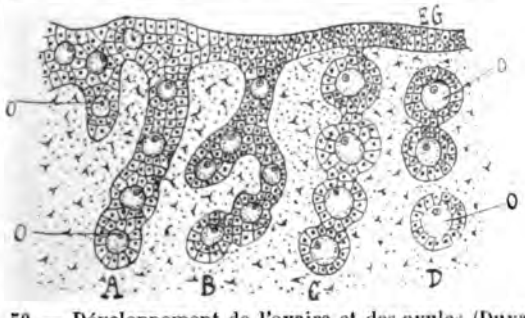


Fig. 50. — Développement de l'ovaire et des ovules (Duval).
EG, épithélium germinatif ; ABCD, tubes de Pflüger ; O, ovule.

corps de Wolf. Il présente dans son développement trois périodes bien distinctes :

La première, qui comprend la formation de la couche ovigène et des ovisacs, s'étend du 1er au 3e mois de la vie intra-utérine.

La 2e qui comprend la descente de l'ovaire et l'apparition du bulbe, s'étend du 3e mois à la naissance.

Enfin la 3e période dans laquelle la glande prend sa forme et ses dimensions définitives, s'étend de la naissance à la puberté.

DES TROMPES OU OVIDUCTES

Au point de vue anatomique, les trompes dépendent plus de l'utérus que de l'ovaire, aussi les anatomistes les décrivent-ils habituellement avec l'utérus; mais il ne saurait en être de même au point de vue pathologique et physiologique. Par leur situation, par leurs rapports, par leurs fonctions et par leurs maladies, les trompes de Fallope sont étroitement liées aux glandes ovariennes.

Les trompes sont des conduits, au nombre de deux, qui transportent les spermatozoïdes de la cavité utérine à la surface des ovaires, et les ovules de la surface des ovaires dans la cavité utérine, leur rôle physiologique est considérable.

Les oviductes sont situés dans l'aileron moyen du ligament large dont le postérieur contient l'ovaire et l'antérieur le ligament rond. Ils s'étendent des angles supérieurs ou cornes de l'utérus jusque sur les côtés du petit bassin.

La longueur de chaque trompe varie de 9 à 15 centimètres. Les trompes sont rectilignes dans la partie qui avoisine l'utérus, puis elles deviennent flexueuses à mesure qu'elles se rapprochent de l'ovaire, auquel elles sont reliées par une frange désignée sous le nom de *ligament tubo-ovarien*.

Le diamètre de l'oviducte varie considérablement suivant les points de son parcours; permettant à peine l'introduction d'une soie de sanglier vers son orifice utérin, il laisse au contraire pénétrer une forte sonde du côté du pavillon.

Le *pavillon* est la partie terminale de la trompe; d'une grande mobilité, il flotte dans la cavité abdominale et se porte tantôt sur l'utérus et tantôt sur l'ovaire. Il arrive même parfois qu'il contracte des adhérences avec l'utérus; il ne peut plus alors s'appliquer sur l'ovaire au moment de la ponte, ce qui est une cause de stérilité.

Le diamètre du pavillon qui présente d'assez grandes variétés est habituellement de 10 à 20 millimètres. La face externe qui se continue

avec la trompe est lisse et unie ; la face interne est percée d'un orifice d'où rayonnent une multitude de replis.

La circonférence du pavillon est profondément découpée en un grand nombre de languettes auxquelles on a donné le nom de *franges*. Ces franges diffèrent de longueur et de largeur ; leur face externe, recouverte par le péritoine, présente une couleur blanchâtre : leur face interne présente une couleur rosée.

On observe assez souvent, sur le tiers externe du corps externe de la trompe, des *pavillons accessoires*. Cette anomalie signalée par G. Richard, a été observée par Sappey, dans un dixième des cas soumis à son observation.

Structure des trompes. — La trompe est formée par trois tuniques superposées : séreuse, musculeuse et muqueuse.

La *tunique* séreuse formée par l'aileron moyen du ligament large, est assez lâche vers l'utérus, plus adhérente vers le pavillon ; elle ne tapisse pas les trois quarts du périnée de la circonférence de la trompe.

La *tunique musculeuse* se compose de fibres musculaires dont les plus superficielles sont longitudinales, et les plus profondes circulaires.

La *tunique muqueuse* présente des plis longitudinaux qui transforment la cavité de la trompe en petites gouttières se dirigeant vers l'utérus. Cette muqueuse se continue d'une part, avec celle de l'utérus, et d'autre part, au niveau des franges des pavillons, avec le péritoine. Elle est tapissée par un épithélium vibratile dont les cils sont probablement destinés à diriger l'ovule vers l'utérus, car ils présentent cette direction.

Les artères des trompes proviennent de l'utéro-ovarienne, les veines se jettent dans le plexus de ce nom. Les lymphatiques aboutissent aux ganglions lombaires et les nerfs accompagnent les artères.

CHAPITRE VI

LE PÉRITOINE PELVIEN CHEZ LA FEMME

On désigne sous le nom de *péritoine pelvien*, la séreuse qui recouvre la surface concave du plancher du bassin.

La connaissance de cette partie du péritoine présente pour le gynécologue une importance considérable. Voici comment Hart et Bar-

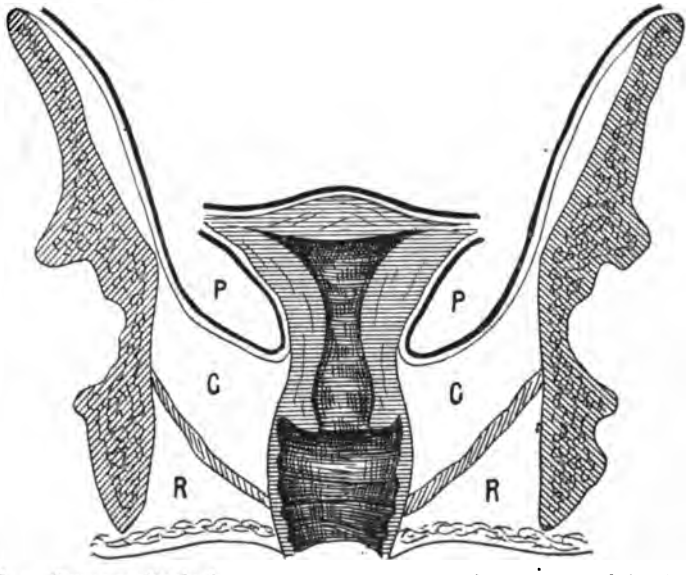


Fig. 51. — Coupe verticale du bassin (Bandl) montrant le péritoine pelvien la superposition des régions anatomiques.

P, P, cavité péritonéale ; C, C, cavité sous-péritonéale siège habituel des pelvi-cellulites pelviennes ; R, R, fosse ischio-rectale.

Le péritoine pelvien est indiqué par une ligne noire

bour conseillent d'étudier cette séreuse en se plaçant au point de vue spécial qui nous occupe.

I. *Le péritoine pelvien vu en suivant une coupe verticale antéro-postérieure.* — Partant de la paroi abdominale antérieure, le péri-

toine se réfléchit un peu au-dessus de la symphyse pubienne sur le fond de la vessie à l'état de vacuité, puis il contourne cet organe pour rejoindre la surface antérieure de l'utérus à peu près au point de réunion du corps et du col. Puis il passe sur la face antérieure de l'utérus en formant le *cul-de-sac vésico-utérin*.

Ce cul-de-sac ne contient aucune portion du petit intestin, quel que soit l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie.

Lorsque la vessie est très aplatie en forme d'**Y** (voy. *Vessie*), le péritoine, passant directement au-dessus de la vessie, arrive sur la surface antérieure de l'utérus en formant un cul-de-sac utéro-abdominal. Ces rapports varient pendant la grossesse et l'accouchement.

Le péritoine pelvien couvre donc toute la face antérieure de l'utérus au-dessus de l'orifice interne, puis il couvre le fond de l'organe, descend en arrière sur la face postérieure qu'il recouvre presque entièrement. De là, il descend encore plus profondément *le long de la face postérieure de la paroi vaginale postérieure sur un trajet d'environ 3 centimètres pour former le cul-de-sac de Douglas*. Il est bon cependant de rappeler que, dans certains cas anormaux, le péritoine peut descendre beaucoup plus bas.

Le *cul-de-sac de Douglas* a pour limites latéro-supérieures, les ligaments utéro-sacrés, pour limites antérieures, la portion la plus élevée de la paroi vaginale postérieure et la face postérieure de la portion sus-vaginale du col ; pour limites postérieures, le sacrum et le rectum. Le cul-de-sac de Douglas est en partie occupé par l'intestin surtout lorsque l'utérus est en antéversion.

II. *Le péritoine pelvien sur les côtés de l'utérus. Les ligaments de l'utérus.* — Les ligaments de l'utérus sont constitués par des replis du péritoine contenant dans leur dédoublement du tissu cellulaire et des fibres musculaires qui les renforcent. Ils renferment en outre les vaisseaux et nerfs destinés à la nutrition de l'utérus.

Au nombre de six, ils sont symétriquement disposés. Trois de chaque côté.

On les divise en :

Antérieurs ou ligaments ronds ;

Moyens ou ligaments larges ;

Postérieurs ou ligaments utéros-sacrés.

A. **Les ligaments larges** sont les plus importants. Partant des bords

de l'utérus ils se portent sur les parois de l'excavation. Ce sont deux replis quadrilatères, verticalement dirigés et formant une cloison qui sépare la cavité pelvienne de la femme en deux compartiments : un antérieur destiné à la vessie, un postérieur destiné au rectum.

Leur mode de formation est facile à comprendre.

Nous avons vu que les faces antérieure et postérieure de l'utérus sont recouvertes par le péritoine. Arrivé au niveau des bords latéraux, chacun des feuillets, au lieu de continuer vers le bas et d'entourer complètement l'organe, continue à se diriger en dehors et se porte jusqu'aux parois du bassin où il se continue avec le péritoine latéral.

Ces ligaments figurent donc assez bien deux ailes tendues en tra-

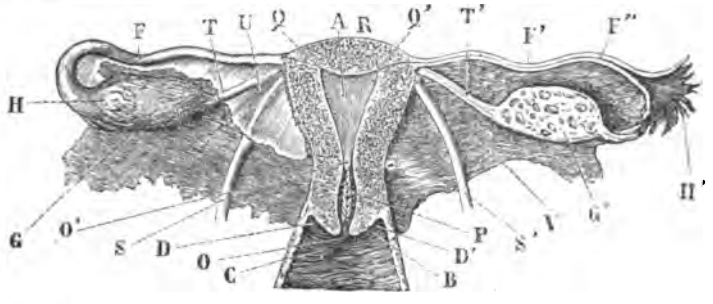


Fig. 32. — Utérus, ovaires et ligaments.

A, cavité du corps utérin; B, col utérin; C, paroi vaginale postérieure; DD', cul-de-sac utéro-vaginal; FF, trompes utérines droite et gauche; F'', conduit de la trompe utérine; G, ovaire droit; G', ovaire gauche incisé; H, pavillon droit de la trompe appliqué sur l'ovaire; F', pavillon gauche libre et incisé; O, orifice du museau de tanche ou utéro-vaginal; O', orifice cervico-utérin; P, cavité du col utérin ou cervicale; QQ', orifice des trompes utérines; R, paroi supérieure ou bas-fond de l'utérus; SS', ligaments ronds; TT', ligaments de l'ovaire; U, feuillet antérieur du ligament large droit; V, feuillet postérieur du ligament large gauche.

vers dans l'excavation du bassin et fixées chacune au bord latéral correspondant de l'utérus.

Ils présentent deux faces, une antérieure, une postérieure qui sont lisses et unies et qui répondent la première à la vessie, la seconde au rectum. De celle-ci partent à angle droit deux replis falciformes, les ligaments utéro-sacrés ou de Douglas.

Enfin on peut leur considérer quatre bords.

Le bord supérieur présente trois replis ou ailerons destinés à contenir chacun un organe.

L'aileron antérieur qui contient le ligament rond, l'aileron postérieur où se trouve l'ovaire, et enfin l'aileron moyen qui correspond à la trompe.

Le bord inférieur répond au tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, à l'aponévrose périnéale supérieure, aux bords latéraux du vagin.

Le bord interne est très large, les deux feuillets étant écartés par l'épaisseur de l'utérus, et répond à l'artère utérine et au plexus utéro-ovarien.

Quant au bord externe, c'est le plus mince, il répond aux parois de l'excavation pelvienne.

Enfin, dans leur épaisseur, les ligaments larges contiennent du tissu conjonctif des vaisseaux et des nerfs.

Ils peuvent être le siège de collections purulentes.

B. **Le ligament rond** est un cordon composé de fibres musculaires et de fibres élastiques qui se détache du fond de l'utérus au niveau de ses angles et aboutit à la région inguinale, à l'orifice interne du canal inguinal.

Il est, comme nous l'avons vu, contenu dans l'aileron antérieur du ligament large et mesure de 12 à 15 centimètres de longueur.

Dans son trajet, il décrit une courbe à concavité interne. Arrivé au canal inguinal, il s'effile, le traverse ainsi que le fait le canal déférent chez l'homme et ayant franchi l'orifice interne de ce canal, il se termine au niveau de l'aine en s'épanouissant en un pinceau de filets divergents qui se dirigent vers le pubis et la grande lèvre dans laquelle pénètrent quelques-uns d'entre eux.

C. **Les ligaments utéro-sacrés** naissent, nous l'avons vu, de la face postérieure du ligament large au niveau du col. Ce sont deux ligaments falciformes qui contournent les faces latérales du rectum et vont se fixer aux 3e et 4e vertèbres sacrées.

Ce sont eux qui s'opposent à l'abaissement de l'utérus.

III. *Le péritoine pelvien sur les parois latérales du bassin.* — C'est sur les côtés de la vessie que le péritoine latéral descend le moins et au niveau des ligaments utéro-sacrés qu'il descend le plus profondément.

Quand la *vessie* est distendue, le péritoine s'élève à une hauteur qui varie avec le degré de distension. Pendant l'accouchement, le péritoine est séparé de la vessie (Hart).

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les conséquences pratiques qui résultent des rapports existant entre le péritoine et les différents organes contenus dans le pelvis, surtout au point de vue des opérations pratiquées dans les culs-de-sac antérieurs et postérieurs du vagin.

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODES D'EXPLORATION; PROCÉDÉS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

Le diagnostic des maladies des organes génitaux de la femme ne peut être établi avec certitude qu'à l'aide de diverses méthodes d'exploration relativement compliquées, et qui doivent être familières au gynécologue.

Ces méthodes sont nombreuses et variées. Quelques-unes ont simplement pour but de faire connaître les changements qui peuvent être survenus dans la forme, le volume, la situation et la structure des ovaires et des organes et tissus environnants. D'autres, plus compliquées, servent non seulement à l'exploration des organes génitaux mais encore à la thérapeutique utérine. Tels sont les méthodes de dilatation, l'abaissement de l'utérus, le curetage, etc.

L'ensemble de ces méthodes constitue la *Petite chirurgie gynécologique* : nous devons donc les faire connaître avec quelques développements. Nous commencerons par décrire les diverses positions ou postures qu'il convient de donner à la femme pour la pratique des examens et des opérations gynécologiques.

CHAPITRE PREMIER

DES POSTURES POUR LES EXAMENS ET OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Il nous a paru utile de décrire les nombreux moyens de diagnostic et d'exploration employés en gynécologie, de passer en revue les diverses postures qu'il convient de donner à la femme non seulement pour les explorations, mais encore pour les opérations.

Nous décrirons d'abord les deux postures qui conviennent pour procéder à un examen sommaire et qui permettent d'examiner la femme par le toucher sans la découvrir et sans l'aide d'instruments et de meubles spéciaux : la *position debout* et le *décubitus dorsal simple*.

A. **Position debout.** — L'examen dans l'attitude debout convient surtout pour le toucher vaginal simple et pour un examen rapide, il ne demande aucun préparatif et est facilement accepté par les malades. Voici comment il faut procéder :

La malade est adossée à un lit ou à un meuble, les jambes un peu écartées ou, mieux encore, la jambe gauche relevée et reposant sur un petit tabouret. Le médecin se place devant elle un genou en terre et introduit l'index de la main droite. Il convient de faire reposer le coude de la main exploratrice sur le genou de l'opérateur qui reste libre. De cette façon, le bras explorateur a beaucoup plus de force et de mesure pour refouler le périnée de la femme et pénétrer profondément dans les organes.

Le toucher debout présente de grands avantages pour étudier les déviations utérines car c'est surtout pendant la station debout que les femmes souffrent le plus de ces déplacements.

Il permet en outre de reconnaître plus facilement la présence des liquides et de certaines tumeurs mobiles.

Il est bon de savoir que la position de l'utérus peut être modifiée selon le cul-de-sac dans lequel le doigt pénètre. Le doigt introduit dans le cul-de-sac vaginal postérieur produit un certain degré d'antéversion ; introduit dans le cul-de-sac vaginal antérieur, il peut déterminer de la rétroversion. Il faut cependant savoir que, dans la position debout, le col a plutôt une tendance naturelle à être en antéversion surtout chez les nullipares.

B. **Décubitus dorsal simple.** — Dans cette position la femme est simplement couchée sur le dos, dans son lit ou sur une chaise longue. Le buste est relevé, la tête légèrement fléchie, le siège relevé, les cuisses fléchies et les muscles de l'abdomen sont relâchés. Les ouvertures de la région périnéale sont facilement accessibles dans cette position qui présente cependant l'inconvénient de ne pas permettre un relâchement suffisant des muscles abdominaux.

Elle est cependant très utile pour un premier examen que les malades acceptent facilement d'autant plus qu'il n'est pas nécessaire de découvrir les organes génitaux.

Les autres postures gynécologiques se rapportent à l'examen instrumental ou aux opérations ; elles nécessitent un bon éclairage et ont lieu le plus souvent à l'aide de tables ou de meubles appropriés à cet usage. Ce sont :

1° Le décubitus dorsal ou position française ;
2° Le décubitus dorso-sacré ;
3° La position génu-pectorale ;
4° Le décubitus latéral gauche.

Meubles spéciaux et tables d'opération. — Les fabricants se sont depuis longtemps ingéniés à inventer des meubles spéciaux pour les examens au spéculum et les opérations gynécologiques.

Quelques-uns de ces meubles, dits *à transformation*, sont utiles

Fig. 53. — Table pour examens et pansements.

pour le praticien qui ne fait qu'accidentellement de la gynécologie. Ils permettent de transformer un fauteuil ou une chaise longue en un appareil spécial destiné à placer et à maintenir la femme dans la position *dorso-sacrée*.

Je conseille au médecin des villes qui a une pratique gynécologique

plus étendue ou qui a une clinique, de remplacer les meubles à transformation par une table qui servira à la fois pour les examens et les petites opérations.

Les tables les plus simples sont les meilleures; elles doivent, autant que possible, être transportables et facilement démontables.

Dans les cliniques et salles d'opération, elles doivent être en métal et permettre la position déclive aujourd'hui adoptée pour la plupart des laparotomies.

Je n'entre pas dans de plus grands détails sur les tables et les

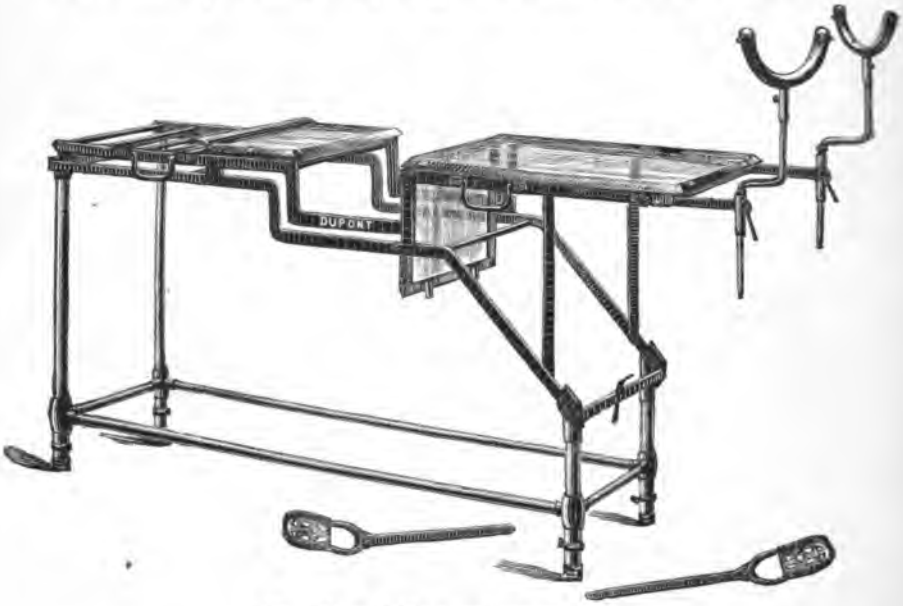


Fig. 54. — Table aseptique portative.

accessoires qui doivent figurer dans les cliniques, maisons de santé et salles d'opération. Ceux qui désireront s'organiser dans cette voie trouveront de précieux renseignements chez nos fabricants français qui ont porté cet outillage à un degré de perfectionnement inconnu à l'étranger.

J'arrive maintenant à la description des postures.

1° Décubitus dorsal ou position française

C'est la plus commode et la plus employée en France; elle consiste à placer la malade sur un des meubles décrits plus haut ou sur

le bord d'un lit le buste relevé, la tête légèrement fléchie sur le buste, le siège relevé, les jambes écartées et fléchies.

La paroi abdominale est détendue par la flexion modérée du tronc qui rapproche les insertions thoraciques des insertions pelviennes des muscles abdominaux. Elle est très souple surtout dans sa partie inférieure et pendant l'expiration.

Les ouvertures de la région périnéale sont facilement accessibles. Toutes les explorations tactiles ou instrumentales deviennent pour ces raisons très faciles à exécuter.

Pour l'examen à la ville on place la malade sur le bord du lit, lorsque celui-ci est bien orienté pour l'éclairage ; lorsque le lit tourne le dos à la lumière, on la place sur une table recouverte d'un ou de deux oreillers ou sur l'extrémité d'une chaise longue.

Fig. 55
Décubitus dorso-fessier pour opération.

Beaucoup de confrères ont encore l'habitude, lorsque la malade est en position sur le bord du lit pour l'examen, de placer à droite et à gauche une chaise pour appuyer ses pieds et faciliter l'écartement des cuisses. J'ai encore simplifié ce procédé en m'asseyant simplement devant la patiente et en faisant reposer ses pieds sur mes genoux. Si l'examen a lieu sur une chaise longue basse, je prends un siège très bas. Enfin, si je n'ai à ma disposition qu'un lit placé à contre-jour, je fixe à une bougie une cuiller en argent. J'obtiens ainsi rapidement un appareil d'éclairage très suffisant pour projeter une bonne lumière dans le spéculum.

2° Décubitus dorso-fessier

Cette position n'est qu'une modification de la précédente. Elle est appelée *position de la taille* parce qu'elle a été appliquée de tout temps à la lithotomie périnéale chez l'homme.

Il suffit, pour placer le malade dans cette position, de modifier le décubitus dorsal décrit plus haut en fléchissant davantage les jambes sur les cuisses et en plaçant le buste horizontalement. Il est alors nécessaire d'avoir des aides pour maintenir les cuisses fortement fléchies sur le bassin.

On peut remplacer les aides pendant les opérations par l'emploi

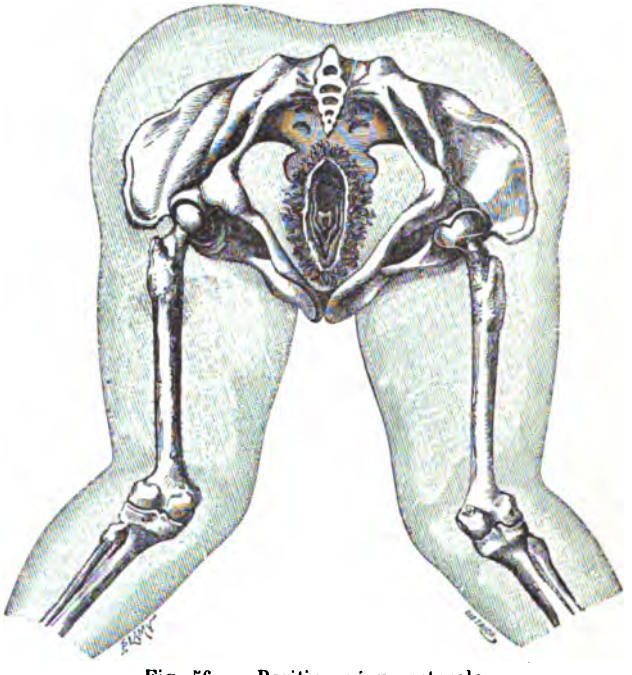


Fig. 56. — Position génu-pectorale.

d'un baudrier ou enclave qui fixe les cuisses au tronc. Cet appareil fort ingénieux est indispensable lorsqu'on opère en ville. Dans les cliniques et hôpitaux il est remplacé par des courroies fixées aux étriers (fig. 55).

Cette position est surtout usitée pour les opérations. Elle n'en constitue pas moins une des meilleures pour l'examen gynécologique.

Il n'est pas absolument nécessaire d'avoir à sa disposition aucun meuble spécial pour placer les malades dans cette position. Il suffit d'avoir une table qu'on transforme en lit d'opération en y plaçant des coussins pour obtenir les appuis et les inclinaisons nécessaires.

3° Position génu-pectorale

Cette position, décrite également sous le nom de *prière mahométane*, consiste à placer la malade à genou sur un plan horizontal suffisamment élevé pour assurer la commodité de l'examen ou de l'opération. Une table couverte de couvertures ou d'un matelas très mince convient mieux qu'un lit parce qu'elle donne un plan plus élevé et plus résistant.

La malade se met d'abord à genou, les cuisses perpendiculaires au

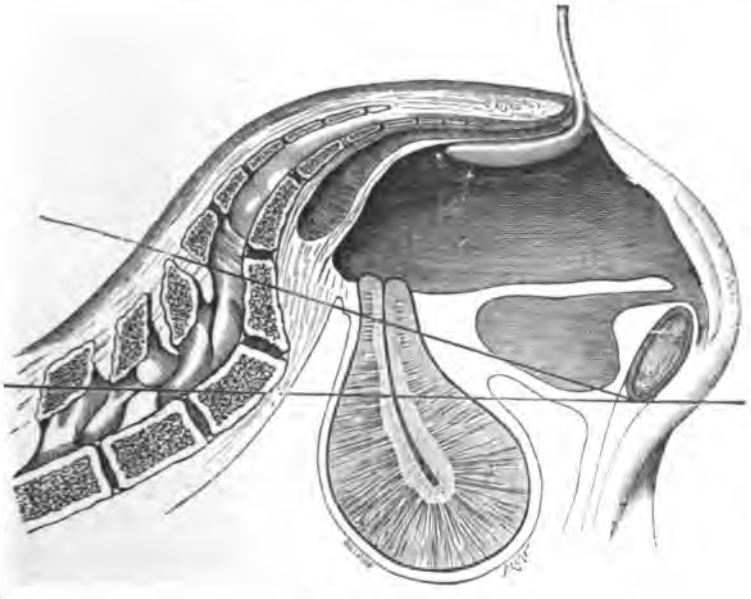


Fig. 57. — Position génu-péctorale; l'utérus devient antifléchi; le rectum est refoulé par une valve.

plan horizontal ; on lui recommande alors de s'infléchir. Pour bien lui faire comprendre la position il faut lui dire de chercher à toucher la table avec ses seins. On obtient alors assez facilement le degré d'inclinaison représenté par les figures 57 et 58,

Les phénomènes produits par cette position sont exactement oppo-

sés à ceux qu'on observe dans le décubitus dorsal. Les viscères pelviens gravitent du bassin vers l'épigastre au lieu de graviter de l'épigastre vers le bassin. Si on laisse pénétrer l'air dans la vulve, le vagin se distend à la manière d'une vessie et, en refoulant la fourchette contre le périnée avec une valve de Sims (fig. 57), la cavité vaginale devient aussi accessible à la vue que la cavité buccale lorsque la bouche est ouverte.

Dans cette position, la saillie du sternum est augmentée, lorsque l'air pénètre dans le vagin, et la peau au niveau des fosses ischio-rectales est légèrement excavée.

La position génu-pectorale présente une grande importance non

Fig. 58. — Position génu-pectorale ; les seins touchant la table.

seulement au point de vue de l'examen, mais encore pour les nombreuses opérations dont elle facilite la pratique. Elle offre, en outre, l'avantage de faciliter l'introduction de la sonde utérine et des instruments dilatateurs. Elle réduit les déplacements postérieurs de l'utérus lorsque l'organe n'est pas retenu par des adhérences.

Elle a cependant l'inconvénient de déplaire aux malades, qui ne l'acceptent pas toujours. On ne peut maintenir longtemps les femmes dans cette position à cause de la fatigue qu'elle détermine.

De plus elle se prête peu à l'anesthésie.

4° Décubitus latéral gauche

La position que nous venons de décrire est fatigante, il est difficile de la faire garder longtemps. On peut obtenir à peu près les mêmes avantages d'un décubitus latéral gauche dans lequel la joue gauche et

le thorax restent placés comme dans la position précédente, tandis que le bassin, grâce à un mouvement de torsion de la colonne vertébrale, arrive à reposer sur la hanche gauche.

L'axe des épaules est donc parallèle.

L'axe des hanches est à peu près perpendiculaire à la table.

Le bras gauche est rejeté en arrière du corps.

La colonne vertébrale doit être ensellée comme dans le cas précédent. La malade respire profondément. Les viscères gravitent vers la

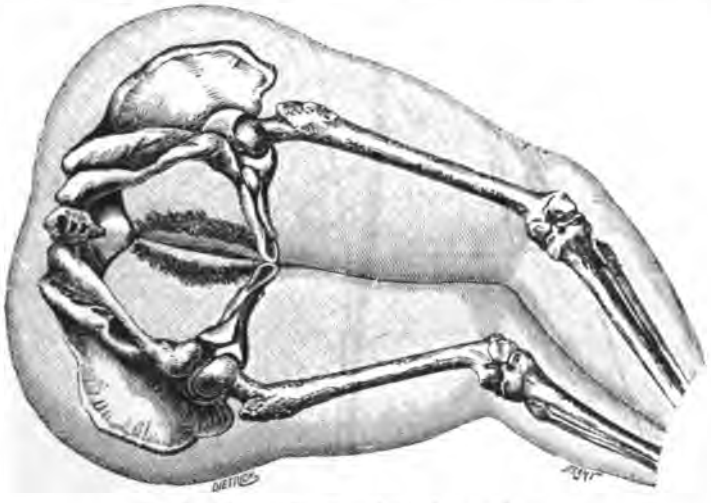


Fig. 59. — Position latérale gauche.

partie la plus déclive qui est le flanc gauche. La pression intra-abdominale, surtout si on a exagéré la flexion des jambes, est gênante parce que la capacité abdominale étant diminuée par la compression de tout un flanc contre la table, les intestins sont projetés par l'acte respiratoire contre la paroi vésico-vaginale à laquelle ils impriment un mouvement de va-et-vient. Il est vrai qu'on peut aisément l'empêcher en immobilisant cette paroi avec des tenaculum, des pinces-érignes ou des dépresseurs.

Cette position est bien moins fatigante que la précédente.

J'engage les débutants à commencer par se familiariser avec la première et à recourir ensuite à la seconde. Il faut toujours que la lumière tombe directement dans le vagin.

En résumé, *la position française* est celle qui se prête au plus grand nombre de manœuvres d'exploration.

Le toucher ;
L'exploration bimanuelle ;
L'application des spéculums ordinaires ;
Le cathétérisme ;
La dilatation ordinaire.

La position de la taille est surtout une position opératoire.

Elle convient pour l'exécution des opérations faites sur l'utérus abaissé, sur les parois vaginales inversées et sur le périnée, telles que :

L'hystérectomie vaginale ;
La trachélorrhaphie ;
La colporrhaphie ;
La fistule vésico-vaginale ;
La périnéorrhaphie.

La position génu-pectorale et le décubitus latéral gauche conviennent quand il n'y a pas lieu, ou quand il est impossible d'abaisser l'utérus pour pratiquer les opérations intéressant les parois vaginales (la postérieure exceptée) et le col. Elles facilitent les vues d'ensemble sur toute la cavité vaginale.

Elles ont un avantage incontestable qui les impose dans le contrôle des suites opératoires de la trachélorrhaphie, des fistules, des colporrhaphies antérieures, quand bien même ces opérations ont été exécutées dans la position dorso-sacrée.

On peut juger de la réunion des parties affrontées sans produire de tiraillements dans les plaies opératoires, poser des sutures secondaires à temps et enlever les fils définitivement si la réunion est complète.

Dans la position génu-pectorale et dans les positions qui en dérivent on voit beaucoup mieux le périnée. C'est probablement la raison pour laquelle les opérateurs anglais et américains ont été amenés à mieux soigner que nous ne le faisions, les lésions périnéales provoquées par l'accouchement. Ils les voient se produire et se trouvent dans les meilleures conditions pour intervenir immédiatement.

CHAPITRE II

PROCÉDÉS D'EXPLORATION ET DE DIAGNOSTIC

Voici l'énumération des moyens d'exploration et de diagnostic dans l'ordre dans lesquels ils doivent généralement être employés :

1° *L'examen de la paroi abdominale* qui comprend l'examen à la vue, la percussion, la palpation, la mensuration et l'auscultation ;

2° *Le toucher vaginal ;*

3° *Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale ;*

4° *Le toucher rectal* employé seul ou combiné avec le toucher vaginal et l'exploration de la vessie ;

5° *La palpation abdominale combinée avec le cathétérisme utérin ;*

6° *L'examen au spéculum ;*

7° *Le cathétérisme utérin ;*

8° Enfin le gynécologiste doit employer encore comme *moyen complémentaire de diagnostic* l'examen microscopique et bactériologique, l'examen radiographique et d'autres procédés empruntés à la médecine et à la thérapeutique générale.

1° Examen de la paroi abdominale

Avant de procéder à la palpation, il est nécessaire de se rendre compte, par la vue, de l'aspect et de la configuration de l'abdomen. Toute modification dans la forme et le volume du ventre peut faire soupçonner une maladie utérine, péri-utérine ou ovarienne, et motiver un examen plus approfondi de ces organes. On notera également les changements de coloration de la peau, l'augmentation du pigment ou les vergetures qui, s'ils n'indiquent pas l'existence d'une ou de plusieurs grossesses antérieures, sont souvent l'indice d'une affection utérine ou ovarienne.

Palpation. — On exerce la palpation abdominale de deux manières :

la femme étant debout ou couchée. Lorsque la malade se présente dans le cabinet du médecin, il est naturel de commencer par la palpation verticale ; lorsque, au contraire, on est appelé auprès d'une femme retenue au lit par la maladie, il est plus naturel de commencer par la palpation horizontale. Mais chacun de ces deux modes de palpation pouvant fournir des indices différents, il nous paraît nécessaire de les employer tous deux surtout dans les cas où le diagnostic présente quelques difficultés.

Pour palper la femme *debout*, il est nécessaire de l'adosser contre un lit ou contre un obstacle quelconque ou de la retenir par la main gauche appliquée sur la région lombaire. On porte ensuite la main droite sur la région ombilicale, puis on l'abaisse lentement sur la région sus-pubienne en constatant, chemin faisant, les altérations de forme et de volume que peut présenter le ventre, altérations qui peuvent tenir à la présence de tumeurs, à une augmentation de volume de l'utérus, à un épanchement de liquide dans la cavité pelvienne, à une tympanite intestinale ou à toute autre cause.

Il ne faut jamais négliger, lorsqu'on pratique la palpation, de constater l'élévation de température qu'on observe souvent dans la région hypogastrique, à la suite des phlegmasies pelviennes.

Lorsqu'on pratique la palpation sur une femme couchée, la malade doit être exactement dans la supination, la tête relevée par des oreillers et les cuisses fléchies sur le bassin pour relâcher les muscles abdominaux. La position horizontale permet plus facilement de reconnaître par la palpation les altérations profondes. Par la dépression considérable qu'on peut faire subir aux parois abdominales, il est parfois possible, non seulement de constater l'existence des tumeurs utérines, péri-utérines et ovariques, mais encore les altérations d'autres organes situés plus profondément, tels que le rein, la vessie, le côlon, etc. Nous verrons plus loin les services que peut rendre la palpation abdominale lorsqu'elle est combinée avec le toucher et les autres modes d'exploration.

Parmi les moyens d'exploration extérieure qui se rattachent à l'examen de l'abdomen et complètent la palpation, il faut citer la percussion, l'auscultation, la recherche de la fluctuation, les changements d'attitude, etc. Nous ne décrirons pas chacun de ces procédés qui appartiennent à la médecine générale plus encore qu'à la gynécologie ; nous appelons seulement l'attention sur les services qu'ils peuvent rendre dans le diagnostic différentiel des tumeurs utérines et ovariques et dans les suppurations pelviennes.

2° Toucher vaginal

Tous les gynécologistes s'accordent à reconnaître l'importance de ce mode d'exploration et n'hésitent pas à le préférer à tous les autres. Le toucher indique à lui seul s'il y a lieu de recourir au spéculum, et souvent, lorsqu'il est bien pratiqué, il suffit pour établir le diagnostic.

Le toucher présente encore l'avantage d'être plus facilement accepté par les malades parce qu'il ne nécessite aucun appareil spécial et peut être pratiqué sous les vêtements. A ce propos il n'est pas inutile de

Fig. 60. — Position des doigts pour le toucher vaginal.

donner quelques préceptes généraux sur la manière dont il convient de procéder à l'exploration des organes génitaux, soit par le toucher, soit par le spéculum. L'examen ne doit jamais être fait sans le consentement de la malade, le médecin doit avoir assez de tact et d'habileté pour obtenir ce consentement sans l'avoir formellement demandé. Si, après s'être minutieusement enquis de l'état général, après avoir palpé l'abdomen, on demande simplement ce qui est nécessaire pour pratiquer le toucher, la femme ne songera certainement pas à élever la moindre objection, tandis qu'elle aurait peut-être opposé un refus formel à un médecin qui aurait hasardé une timide demande. Quant

à l'examen au spéculum, il ne sera que très rarement refusé par une femme sur laquelle le toucher aura déjà été pratiqué. L'exploration des organes génitaux doit être faite de préférence en présence d'une tierce personne, mais ce n'est pas là une loi absolue, surtout lorsque la femme est examinée dans le cabinet du médecin.

De même que la palpation abdominale, le toucher peut être pratiqué sur la femme, couchée ou debout, ou dans la position latérale gauche, usitée en Angleterre et en Amérique. Il importe de s'exercer de façon à le pratiquer soit avec la main droite, soit avec la main gauche.

Toucher pendant le décubitus. — Avant de pratiquer le toucher le médecin doit se laver les mains avec le plus grand soin ; cette précaution, trop négligée par nos ancêtres, est aujourd'hui capitale et son oubli pourrait amener des récriminations de la part des malades elles-mêmes.

L'index, préalablement lubréfié avec de la vaseline, du savon ou toute autre substance aseptique est introduit dans le vagin en fléchissant les autres doigts de la main. Après s'être assuré de l'état des parois du vagin, il pénètre jusque sur le col utérin qu'il examine au point de vue de sa situation, de sa forme et de sa densité. Le doigt pénétrera ensuite en arrière, dans l'espace rétro-utérin ; s'il éprouve sur le point la sensation d'une induration ou d'une tumeur, elle sera probablement due à une des causes suivantes : rétroflexion ou rétroversion de l'utérus, hématocèle, scybales dans le rectum, produits inflammatoires résultant d'un phlegmon, prolapsus de l'ovaire, tumeur fibreuse. Si le doigt contourne facilement la partie postérieure du col utérin sans rencontrer aucune tumeur, on peut en conclure qu'il n'existe aucune des affections que nous venons de nommer.

Le doigt se portera ensuite, en avant et en haut, dans la région correspondant à la symphyse pubienne et à la vessie. Les affections qui donnent lieu à la formation d'une tumeur sur ce point, sont l'antéflexion et l'antéversion, l'hypertrophie de l'utérus et, plus rarement, le phlegmon péri-utérin et la pierre dans la vessie.

Il ne faut pas fléchir l'annulaire et l'index sur la paume de la main pour pratiquer le toucher. De cette façon, il est plus difficile d'atteindre le col. En écartant les doigts comme l'indique la figure 60, on arrive plus facilement.

Le médecin gynécologue doit être, autant que possible, ambidextre, c'est-à-dire savoir pratiquer le toucher aussi bien de la main

droite que de la main gauche ; on arrive à ce résultat avec un peu d'habitude. Il faut se servir de la main gauche pour explorer le cul-de-sac gauche du vagin et de la main droite pour le cul-de-sac droit.

Les auteurs américains recommandent de chercher, par le toucher, à s'assurer de l'état des ovaires en appuyant fortement l'index de chaque côté de l'utérus. Mais cette manœuvre permet rarement d'atteindre le but désiré lorsque les ovaires occupent leur situation normale. Le médecin doit, dans tous les cas, exercer avec l'index, une pression dans toutes les directions, afin de s'assurer s'il n'existe aucune induration dans les tissus péri-utérins.

Dans quelques circonstances, très rares, il est nécessaire d'introduire la main tout entière dans le vagin. Ce mode d'exploration, qui ne doit être pratiqué que pendant l'anesthésie, n'est applicable que dans quelques cas obscurs, lorsqu'il existe, par exemple, une tumeur volumineuse du vagin, qui ne permet pas d'établir le diagnostic par les procédés ordinaires.

Toucher debout. — La femme sera adossée à un meuble, les cuisses légèrement écartées et le corps penché en avant. Les gynécologues attachent de l'importance au toucher pratiqué dans cette position. Le doigt atteint plus facilement l'utérus et on peut ainsi obtenir des données qui complètent les résultats fournis par l'examen pratiqué pendant le décubitus. Le toucher debout peut encore être utile dans certains cas, pour constater le ballottement de la grossesse et l'existence du prolapsus utérin et de certaines déviations.

Toucher dans la position latérale gauche. — On sait que cette méthode d'exploration est presque exclusivement usitée en Angleterre et en Amérique. Pour se prêter à ce mode d'examen, la femme se couche sur le côté, tourne le dos au médecin et lui présente le siège sur le bord du lit, étendant la jambe gauche et fléchissant la droite. On peut ainsi pénétrer dans le vagin sans passer entre les cuisses. Nous reviendrons sur la position latérale gauche en étudiant les postures qui conviennent pour l'examen à l'aide du spéculum.

Toucher chez les vierges. — Quoique plus difficile chez les vierges que chez les femmes défl orées, le toucher peut cependant être pratiqué sans rompre la membrane hymen. Il faut pour cela les plus grands ménagements et recourir au procédé qu'avait conseillé Aran. Ce praticien avait remarqué que l'hymen se distendait lorsque les

cuisses étaient écartées et se plissait lorsqu'elles étaient rapprochées. Il résulte de ce fait qu'on peut généralement pénétrer dans le vagin

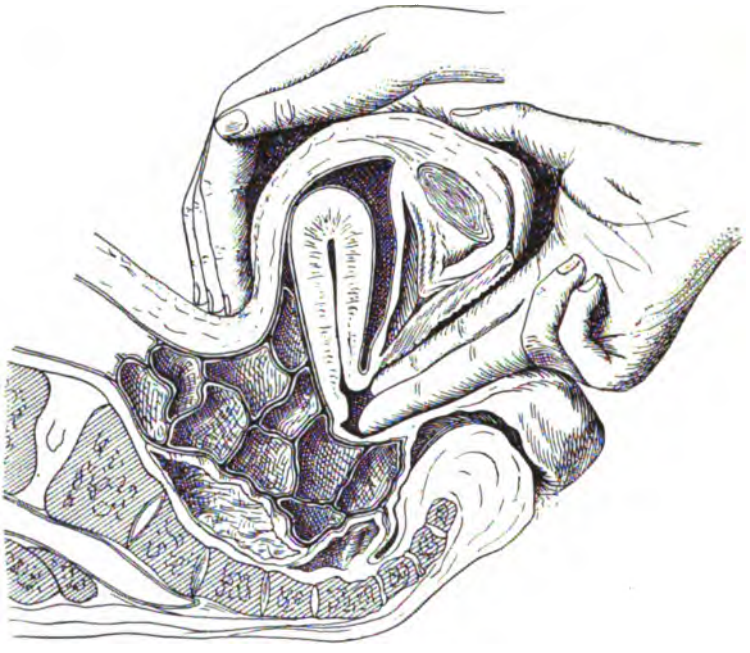


Fig. 61. — Toucher bimanuel.

des vierges sans causer de désordres en procédant avec lenteur et en ayant soin de faire rapprocher les cuisses.

Scanzoni avait conseillé, pour éviter les inconvénients qui peuvent résulter du toucher vaginal chez les vierges, de se contenter des informations obtenues par le toucher rectal soigneusement pratiqué. Mais, outre que le toucher rectal ne peut que rarement fournir les indices nécessaires au diagnostic, ce mode d'exploration répugnera certainement plus à une jeune fille vierge que le toucher vaginal.

Une longue expérience me permet d'affirmer que le toucher chez les vierges peut être appliqué sans détruire la membrane hymen. Alors même que cette membrane subirait quelques lésions, il n'y aurait pas à s'en inquiéter en présence de la nécessité d'un traitement ou d'une opération gynécologique reconnue nécessaire.

3° Toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale

Ce moyen d'exploration présente une grande importance et ne doit

jamais être négligé. C'est le seul qui permette de se rendre compte du volume, de la forme et de la sensibilité de l'utérus.

Pendant que le toucher est pratiqué avec l'index d'une main, l'autre main, placée sur l'abdomen, appuie sur l'utérus et le force à descendre, de manière à rendre toutes ses parties accessibles (fig. 61). Cet examen permet de constater l'existence des indurations et des tumeurs qui siègent sur les parois de l'utérus ou dans les tissus péri-utérins.

Il faut un certain temps pour être exercé à la pratique du toucher bimanuel. Chez certaines femmes, du reste, il ne donne pas des résultats satisfaisants, à cause du peu de mobilité de l'utérus ou par suite de l'accumulation du tissu adipeux.

Le meilleur moment pour le pratiquer est la quinzaine qui suit l'accouchement. Les parois abdominales et les moyens de fixité de l'utérus, alors amincis et relâchés, permettent une exploration très complète.

4° Toucher rectal

Dans quelques cas où l'examen bimanuel ne donne pas les renseignements suffisants, il faut avoir recours au toucher rectal qui peut permettre un examen plus complet. Ce mode d'exploration, qui répugne aux malades, ne devra être employé que lorsqu'il est absolument nécessaire, et, pour ne pas s'exposer à un refus certain, le médecin devra le pratiquer après le toucher vaginal, sans désemparer et même sans prévenir la patiente.

Pour cet examen, la femme sera donc placée dans la même position que pour le toucher vaginal. Il est bon de faire prendre à la malade, un lavement laxatif, quelques heures à l'avance, afin de vider l'intestin. Après avoir franchi les sphincters, le doigt rencontre à 3 ou 4 centimètres de hauteur une tumeur arrondie ; c'est le col utérin. Un peu plus haut, on rencontre la paroi postérieure du corps, mais non dans toute son étendue, à moins qu'il n'existe de la rétroflexion ou de la rétroversion.

Toucher rectal combiné avec le toucher vaginal. — En introduisant simultanément un doigt dans le vagin et l'autre dans le rectum, on obtient un moyen de diagnostic précieux pour apprécier l'état de la cloison vaginale, ses tumeurs, ses abcès, ses fistules, etc. On peut introduire un doigt de chaque main, mais en agissant ainsi, on se prive des indices que peut fournir le toucher recto-vaginal combiné

avec la palpation abdominale. Il est donc préférable d'introduire deux doigts de la même main, l'index et le médium, l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin (fig. 62).

Toucher rectal combiné avec la palpation habituelle. — Après avoir introduit un doigt dans le rectum ou pratiqué le toucher recto-vaginal

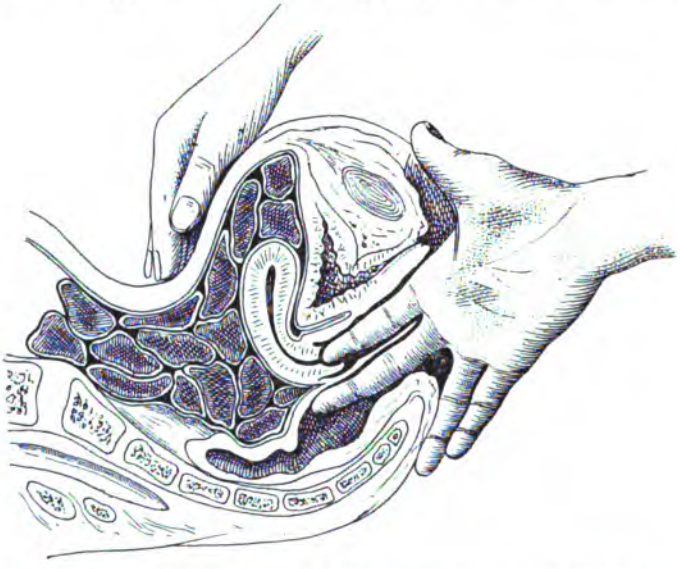


Fig. 62. — Palper abdominal et toucher recto-vaginal combinés.

que nous venons de décrire, l'opérateur déprimera l'hypogastre avec l'autre main et refoulera l'utérus en bas. En combinant la palpation abdominale avec le toucher rectal, le médecin se rendra un compte beaucoup plus exact de la situation des organes et il pourra mieux apprécier l'état de la face postérieure, du fond et du corps de l'utérus, ainsi que les diverses tumeurs rétro et péri-utérines.

Toucher rectal combiné avec le cathétérisme de la vessie. — On peut encore associer le toucher rectal au cathétérisme vésical. Ce mode d'exploration, rarement employé, peut rendre quelques services, et il est le seul qui permette de constater d'une façon certaine, l'absence totale de l'utérus chez les pseudo-hermaphrodites.

Toucher rectal par la méthode de Simon. — Le toucher rectal a été perfectionné par Simon (de Heidelberg). Ce chirurgien a proposé

d'introduire la main tout entière dans la cavité abdominale ainsi qu'une partie de l'avant-bras. Par ce moyen, l'explorateur est à même de reconnaître d'une manière directe, certaines affections de l'utérus et des ovaires : il peut découvrir les plus petites tumeurs, s'assurer de la longueur du pédicule d'un kyste ovarien et des adhérences de ce kyste; il peut même explorer des organes étrangers à la gynécologie, tels que le rein, l'S iliaque, etc.

La valeur de ce procédé ne saurait être mise en doute, mais on a prétendu qu'une exploration de ce genre devait nécessairement déterminer des désordres et des inflammations plus ou moins graves. C'est là un reproche théorique, car nous ne connaissons aucun cas où l'application de cette méthode ait déterminé des accidents. Il est vrai qu'elle est loin d'être généralisée dans la pratique gynécologique.

Simon a fixé ainsi les règles de ce procédé d'exploration :

1° La malade est anesthésiée et placée dans la position sacro-dorsale employée pour l'opération des fistules vésico-vaginales ;

2° Après avoir dilaté progressivement le sphincter, on introduit le doigt, puis la main dans le rectum en procédant avec précaution ; dans quelques cas très rares, il sera nécessaire de pratiquer une incision sur le raphé postérieur de l'anus. Les doigts sont ensuite écartés et procèdent à l'examen minutieux de tous les organes ;

3° Dans les cas où il sera nécessaire d'examiner les parties situées au-dessus du bord supérieur du bassin, le chirurgien introduira trois ou quatre doigts dans la courbure sigmoïde et « pourra ainsi atteindre l'ombilic sans léser l'intestin ou le péritoine ».

Quoi qu'il en soit, nous pensons que la méthode de Simon ne doit être appliquée que très exceptionnellement, dans les cas où des affections graves n'auraient pu être diagnostiquées par les procédés ordinaires. Elle ne devra, dans tous les cas, être pratiquée que par un chirurgien expérimenté et ayant une grande habitude des explorations abdominales.

5° Palpation abdominale combinée avec le cathétérisme utérin

Dans certains cas où l'utérus est augmenté de volume et où il existe des petites tumeurs péri-utérines, il est important de combiner la palpation abdominale avec le cathétérisme utérin. Voici comment on procède :

La sonde ayant été introduite d'après les règles que nous donnons plus loin (voy. *Cathétérisme utérin*), le pouce reste devant la sym-

physe pubienne, le médecin fixe la sonde, tandis que la main externe palpe la paroi abdominale.

On peut encore, dans certains cas, combiner le *cathétérisme utérin* avec le *toucher rectal*.

6° Examen au spéculum

Le spéculum est un instrument destiné à porter la lumière sur le

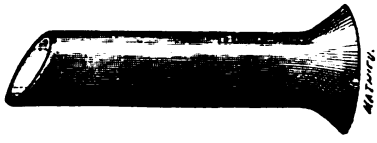


Fig. 63. — Spéculum de Fergusson.

col utérin et dans les parties profondes du vagin. Paul d'Egine a mentionné le spéculum comme un instrument connu avant lui et a donné la manière de s'en servir, mais la description du vrai *miroir* réflecteur a été laissée par Albucasis ; en 1404, le même instrument a été décrit par Franco, par Ambroise Paré et Scultet; mais le spéculum semblait être tombé en désuétude, lorsqu'il fut réintroduit dans la pratique gynécologique, en 1814, par Récamier.

Le spéculum constitue un instrument explorateur d'une grande

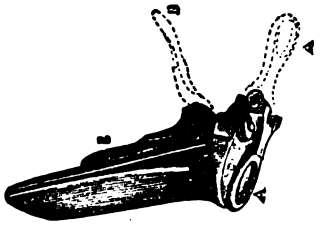


Fig. 64. — Spéculum de Cusco à manche.

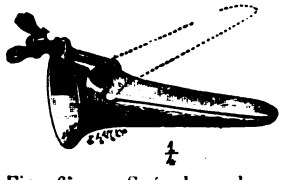


Fig. 65. — Spéculum de Cusco à vis.

valeur, mais il ne faut pas en exagérer l'importance ; comme moyen de diagnostic, il doit passer après le toucher, la palpation abdominale et les autres procédés que nous venons de décrire.

L'emploi du spéculum a pour but d'éclairer le col utérin et les parois vaginales, de faciliter l'introduction de la sonde utérine et de permettre des applications topiques sur les organes qu'il met à découvert.

Toutes les variétés de spéculum peuvent être ramenées à deux

types principaux : les *spéculums cylindriques* et les *spéculums à valves.*

Les premiers spéculums employés par Récamier, Dupuytren et Lisfranc étaient cylindriques. M^me^ Boivin est la première qui eut l'idée des spéculums brisés et à valves.

Les spéculums cylindriques sont généralement en métal, en ivoire,

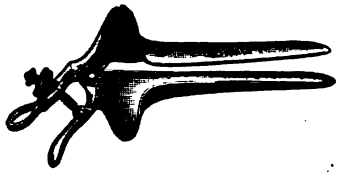


Fig. 66. — Spéculum bec de canard.

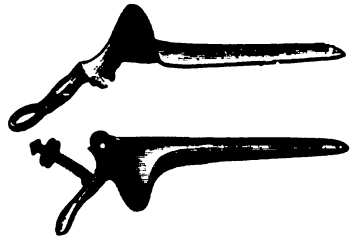


Fig. 67. — Le même démonté pour l'asepsie.

en verre ou en bois. Le spéculum plein en bois, très employé dans la pratique hospitalière, est indispensable pour l'emploi du cautère actuel. Mais nous préférons de beaucoup, pour l'usage ordinaire, le spéculum de Fergusson (fig. 63) qui est, sans contredit, le plus propre et le plus commode parmi les instruments cylindriques ; il consiste en un tube de verre étamé recouvert extérieurement d'une couche de gutta-percha et taillé en bec du flûte à son extrémité utérine. Cette disposition facilite la découverte du col qui vient immédiatement se présenter à l'orifice de l'instrument. Nous n'avons à reprocher au spéculum de Fergusson que sa grande fragilité. Il est nécessaire d'en avoir de

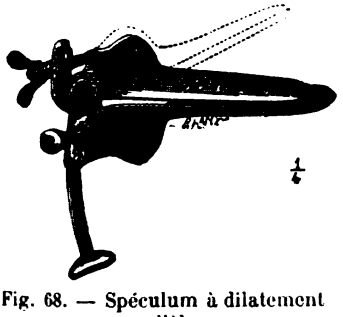


Fig. 68. — Spéculum à dilatement parallèle.

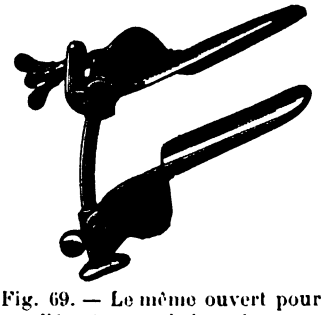


Fig. 69. — Le même ouvert pour l'écartement de la vulve.

plusieurs dimensions pouvant s'adapter aux dimensions variables du vagin et de l'orifice vulvaire.

Parmi les spéculums à valves, le bivalve de Ricord, le trivalve et

le quadrivalve de Charrière ont longtemps joui d'une vogue imméritée.

D'autres spéculums bivalves ont été employés depuis ; le bivalve grillagé est utile pour les pansements (fig. 70) ; la figure 71 représente un appareil destiné aux lavages et irrigations.

De tous les spéculums bivalves celui de Cusco est certainement le

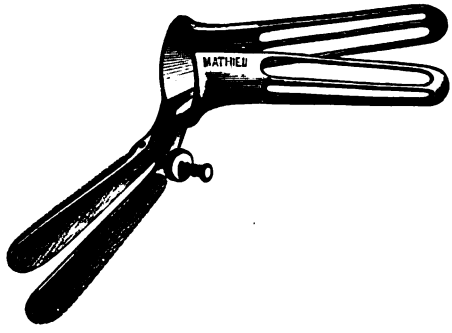


Fig. 70. — Spéculum bivalve grillagé.

plus simple et le plus commode. Il est supérieur à celui de Ricord en ce sens qu'il est portatif (fig. 64 et 65), ne nécessite pas d'embout et

Fig. 71. — Spéculum pour irrigations vaginales et rectales.

montre parfaitement le col. Celui de Bouveret n'en diffère que par l'absence d'articulation sur le côté ; cette disposition permet de retirer l'instrument sans abandonner de la main l'hystéromètre introduit dans la cavité utérine.

Ce spéculum se compose de deux valves articulées sur deux branches qui peuvent être écartées parallèlement sur toute leur étendue (fig. 66 à 69).

Spéculum de Sims. — Le spéculum univalve en bec de cane est

un intrument d'une grande utilité pour la pratique de certaines opé-

Fig. 72. — Spéculum écarteur de Sims.

rations, telle que la fistule vésico-vaginale. Dans un but de commodité, plusieurs spéculums de différentes grandeurs peuvent être fixés au même manche ; le manche est droit ou courbé ; la courbure qu'on lui donne parfois a pour but de faciliter la puissance de l'instrument comme levier (fig. 72).

En employant le spéculum de Sims, on s'appuie sur un principe qui est absolument étranger au fonctionnement des autres spéculums. C'est l'action pneumatique qui est mise en jeu par la gravitation des viscères pelviens et abdominaux. L'emploi du spéculum de Sims, très général en Angleterre et en Amérique, ne s'est pas très répandu chez nous. Cela tient à plusieurs causes ; la première est qu'il faut avoir une certaine habileté pour se servir de l'instrument ; la seconde est qu'il nécessite absolument l'assistance d'un aide.

Le spéculum de Sims est complété par un petit instrument appelé *dépresseur* avec lequel on déprime la paroi vaginale opposée à la valve du spéculum.

Pour résumer la question de l'emploi des spéculums nous dirons que, pour l'usage ordinaire, les spéculums bivalves de Cusco et de Bouveret, le spéculum cylindrique de Fergusson, le spéculum uni-

valve de Sims méritent la préférence. Les autres variétés présentent quelques avantages qui peuvent rendre leur emploi utile dans certaines circonstances spéciales. Quant au spéculum de Sims, son emploi est indispensable pour certaines explorations spéciales (fistules, etc.).

Nous devons signaler en terminant le spéculum dilatateur de Gueillot qui se maintient seul en place (fig. 74), et le spéculum avec cuvette (fig. 75).

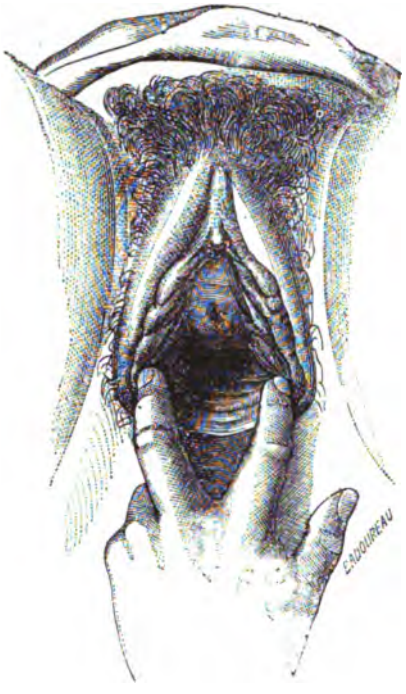


Fig. 73. — Introduction du spéculum. Dépression du bord vaginal avec les doigts et écartement des lèvres avant d'introduire l'instrument.

Introduction du spéculum. — Il faut toujours avoir soin de pratiquer le toucher avant d'introduire le spéculum, afin de s'assurer de la position du col. La malade doit être placée sur le bord d'un lit, d'une table, ou sur un meuble spécial. Ces meubles ont tantôt la forme d'un fauteuil à bascule, tantôt celle d'une chaise longue ; tantôt ils revêtent la forme d'une table opératoire et peuvent servir à la fois pour les examens et les opérations.

Le fauteuil-spéculum (fig. 76) nous semble particulièrement recommandable pour le cabinet ; le médecin qui ne soigne qu'accidentel-

Fig. 74. — Spéculum dilatateur de Gueillot.

lement des cas de gynécologie doit employer ces meubles à double usage; mais le spécialiste doit avoir dans son cabinet une organisation permanente qui permettra de pratiquer les examens, les lavages, les pansements et même les petites opérations.

Lorsque la malade est en position, le chirurgien s'assied sur une

Fig. 75. — Spéculum avec cuvette permettant l'écoulement des liquides.

chaise, après avoir placé à proximité dans un bassin d'eau chaude le spéculum, la sonde et les instruments dont il pense avoir besoin.

Fig. 76. — Fauteuil spéculum ouvert.

Avec le pouce et l'index de la main gauche on écarte les grandes lèvres (fig. 73), puis on introduit avec la main droite l'instrument préalablement lubréfié. Si on emploie le spéculum cylindrique il faut d'abord

déprimer le périnée et l'introduire lentement. S'il s'agit d'un spéculum à valves on l'introduit fermé et l'on dilate ensuite les branches lorsqu'on a atteint le col. Celui-ci se trouve ordinairement et regarde la concavité du sacrum; le meilleur moyen pour y arriver consiste à suivre avec le spéculum la paroi postérieure du vagin. Dans quelques cas, le col ne s'engage pas très bien dans l'axe de l'instrument; on peut l'y ramener avec des pinces ou avec la sonde utérine.

Enfin un bon moyen de faire tomber le col dans le champ du spéculum consiste à faire faire un effort à la malade, ne lui conseille de « pousser en bas » ou, mieux encore, de tousser.

Introduction du spéculum de Sims. — Pour introduire ce spéculum, on place la femme sur le côté gauche, les cuisses fléchies à peu près à angle droit sur le bassin, la droite un peu plus remontée que la gauche ; le bras gauche est rejeté en arrière du dos, la poitrine inclinée en avant et le sternum se trouve presque en contact avec la table. L'instrument est introduit sous les vêtements, guidé par l'index de la main droite préalablement placé dans le vagin. Afin d'empêcher la pointe du spéculum de heurter le col utérin, on ne retire le doigt que

Fig. 77. — Le même formant lit.

lorsqu'on est sûr que l'extrémité du spéculum a pénétré au delà du col. Si la malade respire librement, le vagin se distendra immédiatement sous l'influence de la pression atmosphérique et permettra d'apercevoir l'utérus (on trouvera plus loin des détails sur la position qu'il convient d'adopter pour les divers examens).

7° Cathétérisme utérin

La pénétration d'un corps étranger dans la cavité utérine peut entraîner l'avortement, le traumatisme et l'infection ; c'est là un axiome que le gynécologue prudent doit toujours avoir présent à l'esprit.

Il faut donc, avant de pratiquer le cathétérisme :

1° S'assurer que la femme n'est pas enceinte ;

2° Manœuvrer délicatement de façon à réduire le traumatisme à un minimum ;

3° Prendre toutes les mesures pour ne pas déterminer la greffe de virus préexistant au cathétérisme ou apportés dans les voies génitales au moment de son exécution.

On distingue deux sortes de sondes utérines : les *sondes rigides* et les *sondes molles*.

Les sondes rigides se composent d'une tige métallique pleine et fléchie à son extrémité suivant l'axe de l'utérus normal. Quelques-unes sont munies d'un curseur qui permet très facilement de mesurer la profondeur de l'utérus.

La sonde dite de Sims présente des avantages considérables sur les autres cathéters utérins. Au lieu d'être rigide et d'un calibre rela-

Fig. 78. — Hystéromètre de Sims en métal flexible.

tivement volumineux, elle est mince, souple et très flexible, ce qui lui permet de prendre très facilement la direction du canal cervical (fig. 78).

J'ai récemment fait construire un hystéromètre métallique (fig. 79)

Fig. 79. — Sonde intra-utérine à tige flexible de Lutaud.

qui est en métal flexible et facilite beaucoup le cathétérisme utérin qui devient alors aussi inoffensif que le cathétérisme urétral pratiqué avec une sonde en gomme.

Introduction de l'hystéromètre. — La malade est placée dans la position française.

Avant de procéder au cathétérisme, on reconnaît par le toucher bimanuel la situation et la direction de l'utérus, afin de savoir quelle courbure il faut donner à la sonde et dans quelle direction il faut la conduire.

Le cathétérisme peut se pratiquer avec ou sans l'aide du spéculum.

Le cathétérisme sans spéculum. — Le doigt servira à guider la sonde à travers le vagin et l'engagera ensuite dans l'orifice utérin.

Il faut apporter le plus grand soin au nettoyage et à la désinfection

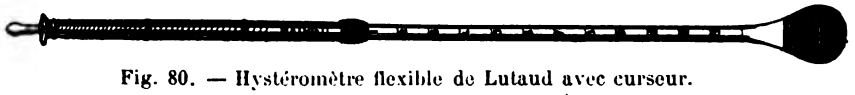


Fig. 80. — Hystéromètre flexible de Lutaud avec curseur.

du canal génital et des instruments qu'on introduit dans la matrice.

La sonde sera saisie comme une plume à écrire. Si l'utérus est en antéversion et antécourbure, il faudra procéder comme pour le cathétérisme de l'urètre, c'est-à-dire commencer la manœuvre en plaçant la sonde de telle façon que sa concavité regarde le mont de Vénus le manche étant en haut. Si l'utérus est en rétroversion et en rétroflexion, le manche sera tourné en bas et la concavité regardera le périnée.

Le bec de la sonde devra reposer sur la racine du doigt placé dans le vagin; on le poussera de façon qu'il n'abandonne jamais la face palmaire du doigt conducteur, dont la dernière phalange placée sur la lèvre postérieure du col attend l'arrivée du bec de la sonde et l'aide à s'engager dans l'orifice utérin.

Une fois cet engagement effectué, il faut déprimer fortement le périnée pour donner du jeu au manche de la sonde, afin que le bec puisse progresser dans la partie profonde du canal.

On peut aussi conduire la sonde en suivant la rainure qui résulte de la juxtaposition de deux doigts.

En général, la sonde parcourt facilement la partie cervicale du canal utérin; cependant, l'étroitesse de l'orifice externe peut nécessiter un débridement. Plus haut ce sont les saillies de l'arbre de vie qui souvent arrêtent le bec de l'instrument; en l'inclinant en différents sens, on arrive à les contourner. En tout cas il ne faut pas déployer de force pour vaincre ces résistances; si l'on ne réussit pas en procédant avec patience et douceur, il faut renoncer aux cathéters rigides pour faire de la dilatation progressive avec des bougies molles.

A 2 centimètres et demi de l'orifice externe on rencontre l'orifice interne qui est normalement la partie la plus étroite du canal utérin. A son niveau, la muqueuse semble tout particulièrement disposée à la turgescence dans l'inflammation chronique. On y rencontre des fissures qui occasionnent de la dysménorrhée et qui rendent le cathétérisme douloureux et difficile. C'est en ce point que d'habitude l'utérus se plie dans ces cas de flexions ; or ces incurvations entraînent nécessairement un rétrécissement du canal par aplatissement. La partie cervicale de l'utérus est presque insensible, tandis qu'à partir de l'orifice interne l'organe est doué de beaucoup plus de sensibilité.

Les douleurs que provoque le contact de la sonde viennent encore ajouter aux difficultés mécaniques que l'on peut rencontrer à franchir l'orifice interne. Même à l'état normal, le passage de la sonde à ce niveau occasionne presque toujours une colique qui indique que l'ins-

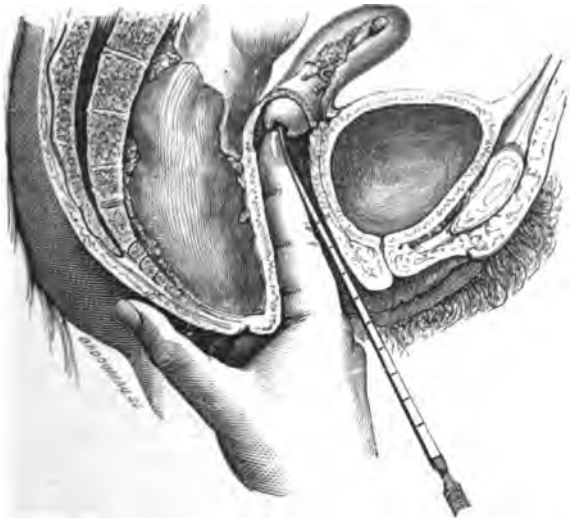


Fig. 81. — Introduction de la sonde intra-utérine sans spéculum. L'index de la main gauche guide l'introduction de l'instrument qui est porté par la main droite.

trument pénètre dans la matrice. Souvent il s'écoule un peu de sang, signe d'une lésion de la muqueuse presque inévitable lorsqu'il y a un rétrécissement ou un obstacle quelconque.

Quand le tissu utérin est flasque et mou, quand la cavité est dilatée on pénètre sans rencontrer de résistance, et sans provoquer de douleur. On ne peut être averti de l'arrivée de la sonde dans la cavité que lorsqu'on ne sent plus les saillies de l'arbre de vie.

Quand il existe une antéversion ou une antéflexion, on facilite la progression de la sonde en soulevant le corps de l'utérus au moyen du doigt placé dans le cul-de-sac antérieur. Dans les cas de rétroversion et de rétroflexion, il faudra faire également des manœuvres adjuvantes avec le doigt placé dans le cul-de-sac postérieur ou introduit dans le rectum.

Plus on se rapproche du fond de l'utérus, plus il faut procéder avec lenteur et prudence, car lorsque la paroi est malade, elle peut ne pas donner de sensation d'arrêt et se laisser perforer sans que l'opérateur s'en aperçoive. Les exemples de perforation interne par des cathéters ne sont pas très rares. Les gros cathéters sont pour cette raison bien moins dangereux que les sondes utérines ordinaires. Quand il existe une endométrite, le cathétérisme provoque des douleurs violentes très pathognomoniques.

Le cathétérisme avec l'aide du spéculum. — L'introduction de la sonde avec l'aide du spéculum est certainement beaucoup plus facile; on voit l'orifice dans lequel il faut pénétrer et la divergence d'axe qui existe normalement entre l'utérus et le vagin se trouve diminuée parce que l'écartement des valves du spéculum a pour effet de faire basculer la matrice de telle sorte que son axe se place dans la continuité de l'axe du vagin.

Dans beaucoup de cas, il est nécessaire de saisir le col avec une des

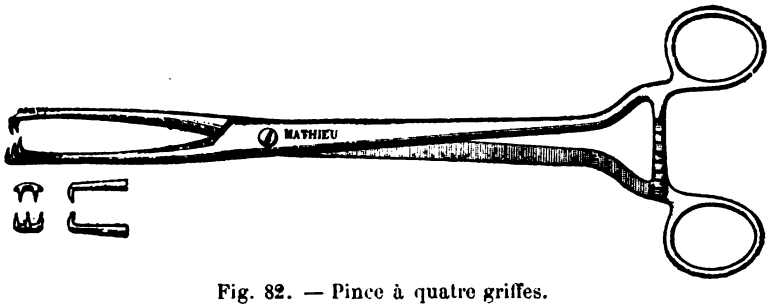


Fig. 82. — Pince à quatre griffes.

pinces à griffes dont nous donnons le modèle pour bien introduire la sonde (fig. 82 et 84).

Cette précaution est absolument nécessaire lorsque l'utérus est fléchi et la préhension du col par la pince à griffe n'est nullement douloureuse.

Introduction de la sonde dans la posture génu-pectorale. — Pour introduire la sonde, la patiente étant dans le décubitus latéral ou dans

la posture génu-pectorale on découvre le col à l'aide du spéculum de Sims et on contrôle directement la manœuvre avec la vue.

L'utérus, très mobile dans cette attitude, se dérobe devant les pressions de la sonde si on ne le fixe pas en y implantant un ténaculum.

Les déplacements et les déviations d'une matrice qui n'est pas fixée par des adhérences n'existent que lorsque les malades sont dans des attitudes ordinaires. Dès qu'elles sont à genoux, l'utérus se réduit de lui-même en sorte que le cathétérisme ne fournit plus aucun indice qui puisse servir au diagnostic des déplacements.

Ce mode d'introduction est cependant utile lorsqu'il s'agit de dilater l'utérus avec des cathéters.

Introduction de la sonde guidée sur le doigt placé dans le rectum. — Chez des vierges et chez les femmes atteintes de vaginisme, on peut faire passer la sonde dans le vagin et la conduire sur le doigt placé dans le rectum. La cloison recto-vaginale est si mince que le doigt peut sentir l'orifice utérin et guider le bec de la sonde dans le col. le cathétérisme peut s'exécuter dans ces conditions sans défloror une vierge.

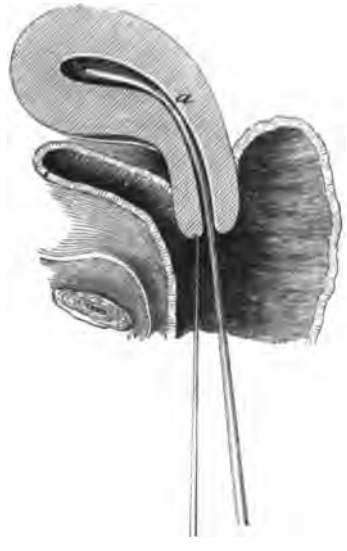


Fig. 83. — Introduction du cathéter dans un utérus fléchi; le col est saisi avec un ténoculum.

Emploi des sondes molles. — On peut également employer toutes les variétés de sonde à destination masculine lorsqu'elles sont aseptiques. Elles n'ont d'autres inconvénients que de ne nous fournir aucune indication sur la direction de la cavité utérine. Pour les introduire, il faut découvrir le col à l'aide du spéculum, car ces bougies ne sont pas assez fermes pour pouvoir être conduites sur le doigt comme les sondes rigides. On saisit la sonde avec des pinces près de son extrémité ; à mesure qu'elle pénètre, on la reprend plus en arrière ; quand elle touche le fond, on place ses pinces au niveau de l'orifice externe, afin de pouvoir mesurer la profondeur de l'utérus.

En résumé, l'usage des *sondes rigides* s'impose :

1° Lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'une cavité utérine dilatée.

L'amplitude des mouvements qu'on lui imprime une fois qu'elle est engagée, permet d'évaluer les dimensions en tous sens de la cavité.

2° Lorsqu'il faut communiquer des mouvements de totalité à l'utérus pour apprécier sa mobilité, pour le porter du côté du rectum ou de la vessie, pour le séparer des parties contiguës et étudier ses rapports avec elles ; pour amener les annexes dans la ligne médiane et les rendre ainsi accessibles à l'exploration bimanuelle ;

3° Lorsqu'on veut se rendre compte d'accidents de relief sur la paroi interne, ou découvrir une tumeur pédiculisée. Dans ce dernier

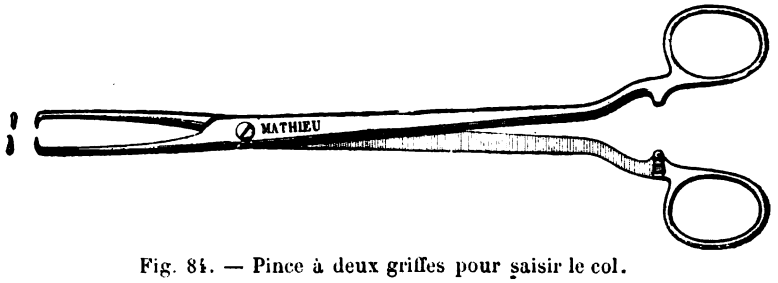


Fig. 84. — Pince à deux griffes pour saisir le col.

cas plusieurs sondes peuvent être insinuées simultanément autour de la tumeur comme les cuillers du forceps autour d'une tête de fœtus.

4° Lorsqu'on veut préciser la place qu'occupe l'utérus englobé dans une tuméfaction.

Les *sondes molles* sont préférables aux sondes rigides quand le cathétérisme a pour but d'explorer un canal dévié, rétréci ou tortueux.

Elles conviennent comme moyen de dilatation progressive.

Elles nous renseignent parfaitement sur la profondeur de la cavité.

8° Méthodes complémentaires de diagnostic : microscopie, bactériologie, radiographie

Nous ne faisons que signaler les moyens complémentaires de diagnostic empruntés à la médecine générale et appliqués à la gynécologie, tels que la *microscopie*, la *bactériologie* et la *radiographie*.

Le *microscope* peut rendre les plus grands services en faisant connaître la nature maligne des tumeurs, le caractère des produits sécrétés, la recherche des spermatozoïdes, etc.

Il est presque toujours indiqué de retirer avec une curette mousse les produits morbides de l'utérus et d'en pratiquer l'examen histologique avant d'opérer.

G. Thomas a rapporté un cas assez curieux dans lequel on croyait avoir affaire à un cancer utérin ; l'examen histologique d'une portion de la masse morbide a montré que la prétendue tumeur cancéreuse était due à un fragment d'éponge préparée qui était resté dans l'utérus pendant plusieurs mois.

Souvent la tumeur supposée cancéreuse est due à des fragments placentaires qui donnent lieu à des métrorrhagies, à des phénomènes infectieux et à d'autres symptômes appartenant au cancer.

La *bactériologie* a pris une importance considérable en gynécologie pendant ces dernières années ; quoique cette science ne présente pas encore le degré de précision qu'on aurait pu espérer, il n'en est pas moins important de soumettre à l'examen bactériologique le pus et même les sécrétions normales qui baignent les organes génitaux ; quoique le renseignement ainsi obtenu ne modifie pas toujours le traitement, il n'en est pas moins intéressant au point de vue étiologique.

La *radiographie*, qui est encore dans l'enfance, a déjà rendu de grands services en gynécologie et semble nous promettre une réelle assistance pour le diagnostic.

Jusqu'à présent il a été impossible d'obtenir des épreuves radiographiques de quelque valeur pour assurer le diagnostic des masses morbides contenues dans le bassin.

Il faut faire une exception toutefois pour la *grossesse extra-utérine*.

Dans un cas très contesté, Tedenat a pu assurer le diagnostic d'une tumeur que plusieurs gynécologues avaient considérée à tort comme une hématocèle. La radiographie donna une épreuve très nette révélant l'existence d'un fœtus de cinq mois dont on apercevait la tête, le tronc et les membres inférieurs.

Il est donc permis d'espérer que cette nouvelle méthode d'exploration rendra chaque jour de plus grands services dans le diagnostic différentiel des tumeurs du bassin chez la femme.

Nous ne pouvons donner ici la technique radiographique. Nous insisterons seulement sur ce point important. Au lieu de radiographier le bassin pendant que la malade est debout ou dans le décubitus horizontal, il faut prendre l'épreuve dans la position dite du *plan incliné*. Pour prendre une épreuve d'une tumeur pelvienne il faut placer la malade de façon à radiographier un plan qui parte du

périnée, on peut éviter ainsi une partie de l'ombre formée par les os du bassin.

Mais ce sont là de simples indications. Il est évident que le gynécologue ne peut être à la fois clinicien, chirurgien, histologiste, bactériologiste et photographe. Nous devons nous prêter une assistance mutuelle et ne négliger aucun des renseignements qui peuvent nous être fournis par des techniciens souvent étrangers à l'art de guérir.

TROISIÈME PARTIE

PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

ASEPSIE ET ANTISEPSIE. — MILIEU OPÉRATOIRE. — SUTURES. — HÉMOSTASE. — DRAINAGE. — ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS. — CURETAGE. — MASSAGE

Nous avons décrit, dans le chapitre précédent, les postures et les méthodes d'exploration ayant pour but le *diagnostic* des affections gynécologiques.

Nous devons maintenant aborder l'étude des méthodes et des procédés qui, quoique ayant encore une importance *diagnostique*, constituent déjà des moyens thérapeutiques. Tels sont l'abaissement utérin, le curetage. Nous entrons alors dans le chapitre, déjà fort étendu, que les auteurs désignent habituellement sous le nom de *Petite Chirurgie gynécologique*.

Mais avant de parler d'actes opératoires, il convient d'exposer les notions préliminaires concernant l'asepsie, le milieu opératoire, les moyens de réunion, l'hémostase, l'anesthésie. Ce sont des données générales et fondamentales sur lesquelles il importe d'être fixé avant d'entreprendre une opération gynécologique *mineure* ou *majeure*.

CHAPITRE PREMIER

LA DÉSINFECTION OPÉRATOIRE, L'IRRIGATION ET L'ASEPSIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

1° Désinfection et asepsie

Il serait difficile de faire connaître, dans un manuel, toutes les théories émises pendant ce dernier quart de siècle sur le rôle que jouent

les microbes et sur les méthodes antiseptiques qui ont été l'application de ces théories à la pratique.

On connaît la méthode de Lister dont l'application *rigoureuse* a été imposée à la génération chirurgicale qui nous a précédé. Cette rigueur a été cependant tempérée depuis quelques années. C'est d'abord le *spray* qui, quelque peu négligé, a fini par être considéré comme dangereux pour la pratique des laparotomies. Puis c'est l'*acide phénique*, base essentielle de la méthode, qui a été mis de côté comme *trop irritant*. Enfin il existe aujourd'hui, en Angleterre, une jeune et puissante école qui, narguant les principes listériens, renonce à l'emploi de toute substance antiseptique, pour pratiquer simplement l'*asepsie*, c'est-à-dire le nettoyage simple, sans l'aide de substances antiseptiques et caustiques, des mains de l'opérateur, des instruments et de l'opérée.

Les plus célèbres laparotomistes anglais, Lawson Tait, Granville, Bantock et les principaux chefs de cette école apportent simplement dans les soins de propreté une méthode et une minutie remarquables ; ils ont pu obtenir, de la propreté seule, des résultats aussi excellents que ceux réalisés ailleurs par la propreté associée aux antiseptiques. La propreté idéale est probablement le dernier mot de l'antisepsie, mais cette propreté ne peut s'obtenir que dans des conditions spéciales ; elle n'est pas toujours réalisable par une équipe composée de personnes réunies quelquefois fortuitement en vue d'une opération.

Nous devons distinguer deux cas absolument différents au point de vue de la thérapeutique post-opératoire ; dans l'un, la nature de l'opération permet de la terminer par la clôture hermétique du traumatisme au moyen d'une suture ; dans l'autre, le traumatisme, au contraire, reste béant, le rapprochement des bords de la plaie et la pose de la suture étant impossibles.

Dans le premier cas il est très facile d'opérer sans complications septiques et d'obtenir des guérisons par première intention ; dans le second la protection des plaies contre les virus est un problème des plus ardus, surtout dans le domaine de la gynécologie, car la cavité génitale contient toujours deux choses : 1° des sécrétions naturelles qui sont des bouillons de culture ; 2° de nombreux microorganismes parmi lesquels nous ne pouvons distinguer ceux qui sont anodins de ceux qui ne le sont pas. Cette vidange est susceptible, malgré toutes nos précautions, d'être envahie par des ferments virulents.

Le nettoyage forme donc la base de la désinfection ; l'emploi des antiseptiques n'en est que le complément.

Toutes les substances réellement antiseptiques peuvent donner lieu à des accidents. Chacune a déjà un dossier qui ne permet aucun doute à cet égard.

L'antiseptique anodin pour l'opérée n'est pas encore trouvé; on ne le trouvera probablement jamais, car si un corps est soluble, il est résorbable, et s'il paralyse la vie des cellules du virus envahisseur, il agira d'une façon analogue sur celles de l'organisme envahi. Il n'y a qu'une manière de prévenir les intoxications : c'est de savoir les reconnaître dès leurs premières manifestations et de se familiariser avec l'emploi des antiseptiques que l'expérience a démontré être les moins dangereux.

Les antiseptiques les plus usités en gynécologie sont le sublimé, l'iodoforme, le salol, l'acide phénique, le permanganate de potasse.

Le sublimé possède au degré maximun l'action stérilisante immédiate et énergique. Il n'agit pas d'une façon très irritante sur les tissus, mais c'est un poison très violent.

Les solutions les plus usitées varient dans les proportions de 1 sur 1.000 à 1 sur 10.000.

Les solutions concentrées conviennent pour désinfecter les mains de l'opérateur et de ses aides, et, au début et à la fin de l'opération, pour stériliser le champ opératoire et ses abords.

Dans le cours même de l'opération, il est plus prudent de leur substituer des solutions étendues.

Dans les suites opératoires, il faudra encore revenir à la solution au millième si l'ascension du thermomètre indique une infection.

Après chaque lavage, après chaque irrigation, il faut absorber avec du coton tout le liquide libre.

Le sublimé, grâce à sa grande affinité pour la matière organique, a une action violente, mais qui s'épuise vite; il ne convient pas pour les pansements à demeure.

Le *permanganate de potasse* est un excellent désinfectant. Il a surtout une action *désodorisante* immédiate et il est moins toxique que le sublimé. Nous en recommandons particulièrement l'emploi pour les irrigations vaginales qui précèdent les opérations. Son seul inconvénient est de tacher le linge; nous l'employons aux mêmes doses que le sublimé.

L'*acide phénique* s'emploie en solutions plus concentrées (au 40e, au 100e). Son emploi en gynécologie est moins fréquent qu'autrefois à cause de l'action irritante qu'il exerce sur la peau et sur les muqueuses. Cette défaveur est méritée.

L'*acide borique* est le seul agent reconnu comme anodin, mais son action bactéricide est presque nulle. On l'emploie pour les injections vaginales en solutions saturées.

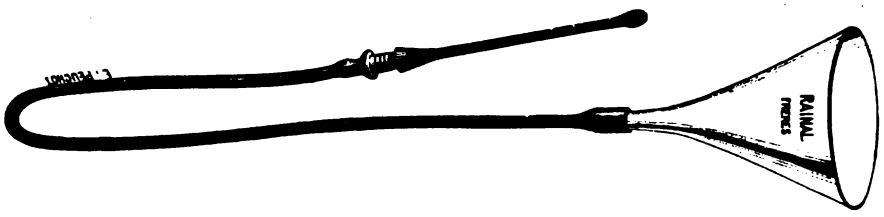


Fig. 85. — Siphon vaginal.

Les désinfectants que nous venons de signaler s'appliquent surtout

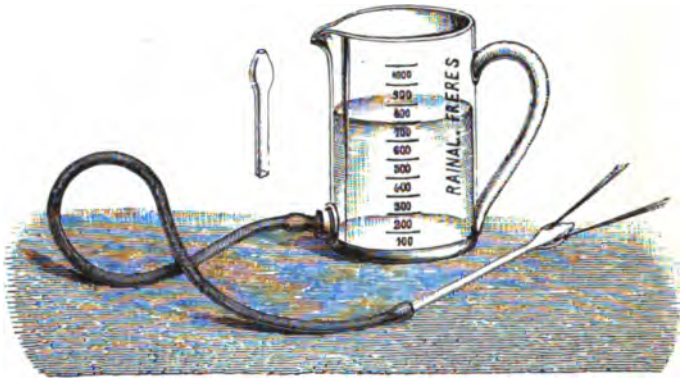


Fig. 86. — Bock pour injections vaginales.

en irrigations et lavages avant et après les opérations. Ils ne conviennent pas comme *agents permanents* de pansement.

La plupart des opérations gynécologiques pratiquées par les voies naturelles nécessitent le maintien, dans les cavités utérine ou vaginale, de substances médicamenteuses destinées soit à empêcher la fermentation, soit à isoler les surfaces. La substance la plus employée à cet effet est l'*iodoforme*.

L'iodoforme présente l'immense avantage de se décomposer lentement. Il peut rester plusieurs jours en contact avec une muqueuse ou une plaie sans perdre ses qualités désodorantes. C'est cette remarquable propriété qui a généralisé son emploi en gynécologie.

On trouve, dans le commerce, de la gaze, de la ouate, contenant en suspension de l'iodoforme et se prêtant parfaitement à la confection des pansements et tampons utérins vaginaux.

Le *salol* peut remplacer l'iodoforme dans les cas ou le tampon-

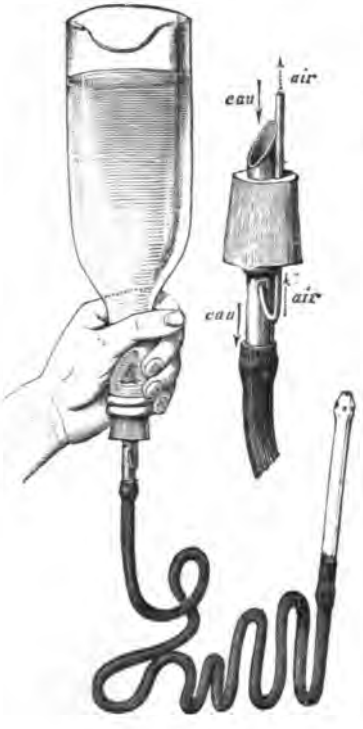


Fig. 87.
Injecteur de Budin.

Fig. 88. — Irrigation vaginale à l'aide du siphon et du spéculum de Fergusson.

nement vaginales ne doit pas être maintenu plus de vingt-quatre heures.

2° Précautions antiseptiques anté-opératoires. — Injections vaginales et injections utérines

Toute intervention dans les organes génitaux, même peu importants, doit être précédée d'une désinfection complète de ces organes.

Cette désinfection doit commencer par le nettoyage de la vulve et les injections vaginales. Elle est utile non seulement avant les opérations graves (hystérectomie, etc.) mais avant les opérations de petite

chirurgie, telles que l'abaissement utérin, l'hystérométrie et le curetage.

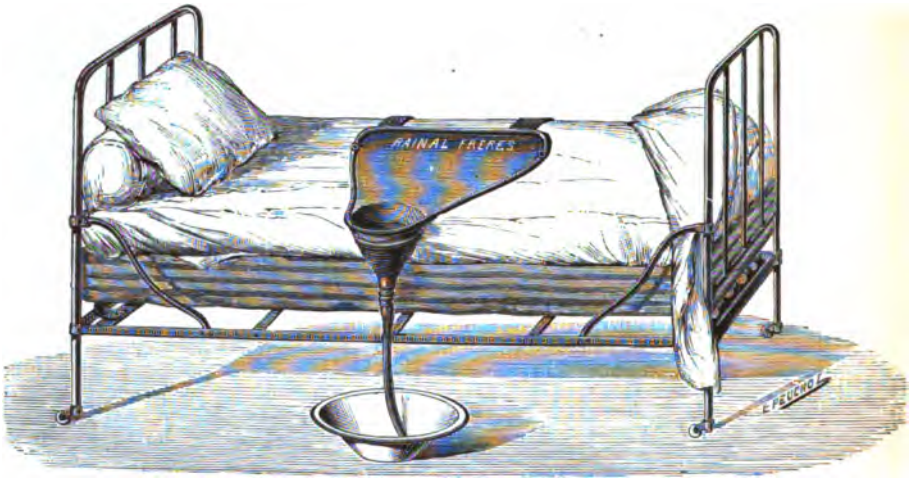


Fig. 89. — Alèze de Smester s'adaptant sur n'importe quel lit.

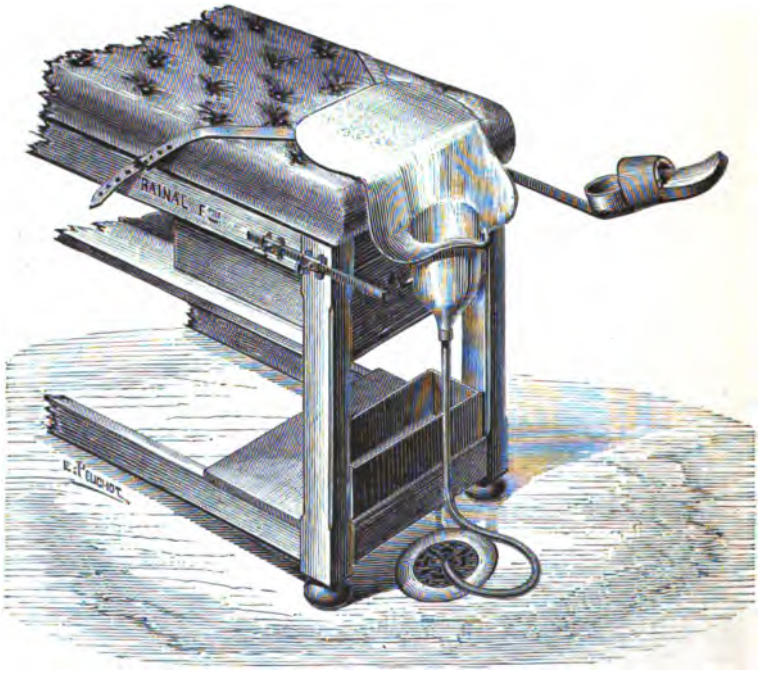


Fig. 90. — Alèze de Smester adaptée à une table d'examen.

A. **Injections vaginales.** — On emploiera l'appareil désigné sous le

nom de douches d'Esmarch. Les injections doivent être profuses (de 2 à

Fig. 91. — Tube de Pozzi s'adoptant au spéculum.

5 litres de liquide) ; la canule sera en verre, de préférence à un seul orifice, ce qui donne plus de force au jet ; on nettoiera en même temps avec du savon la vulve, le mont de Vénus, la rainure périnéale et le

Fig. 92. — Canule grillagée pour injections vaginales.

pourtour de l'anus. Il faut raser les poils pour les opérations nécessitant un traumatisme.

La personne qui donne l'injection tient la canule avec une main et introduit l'index de l'autre main de façon à assurer la pénétration du liquide dans les culs-de-sac et à bien déplisser le vagin.

Lorsqu'il s'agit d'un curetage ou d'une opération de quelque importance il est bon de nettoyer en même temps le rectum *avec une solu-*

tion d'acide borique. Il va sans dire qu'il faut employer pour cela une autre canule et que l'opérateur doit confier ce nettoyage à un aide afin de ne pas se souiller les doigts.

Lorsqu'on opère en ville il faut avoir une alèze de Smester (fig. 89) ; lorsqu'on fait un pansement avec le spéculum l'injection peut être faite directement sur le col et le liquide est facilement recueilli par l'ingénieux tube de Pozzi (fig. 91).

Il s'agit jusqu'à présent des injections vaginales faites par l'opérateur.

Lorsque celles-ci sont faites par les malades on peut conseiller une canule grillagée qui assure mieux le nettoyage du vagin que la canule ordinaire (fig. 92).

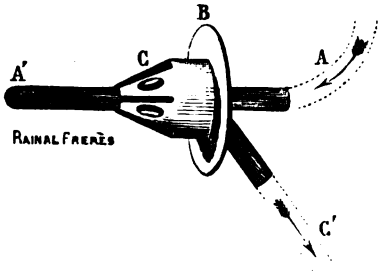


Fig. 93. — Canule à double courant pour injections chaudes.

Lorsque les injections seront faites par la malade couchée, ce qui est souvent nécessaire, on emploiera un bassin assurant l'écoulement du liquide. Il faut conseiller aux malades l'usage régulier des injections antiseptiques (sublimé, à 1/2000) pendant les quelques jours qui précèdent une intervention quelconque.

Injections chaudes. — Les injections à température élevée (42 à 50°) sont conseillées dans un but thérapeutique (métrorrhagies, hémorragies, cancer, etc.) ; il faut, dans ce cas, employer une canule spéciale (fig. 93 et 94) qui empêche le contact du liquide avec la vulve.

Fig. 94. — Canule à courant simple, pour injections très chaudes.

Si le col utérin et la muqueuse vaginale supportent bien les températures élevées, il n'en est pas de même de la vulve.

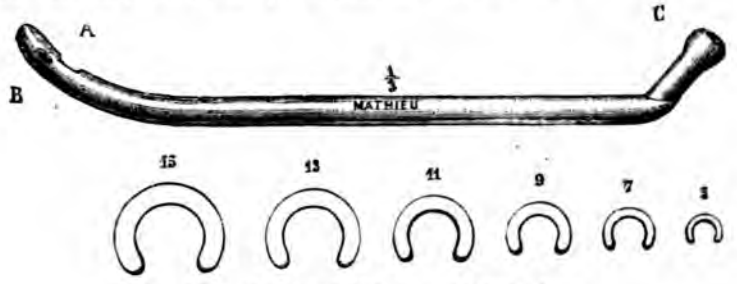


Fig. 95. — Sonde à double courant de Budin.

B. **Injections intra-utérines.** — Nous ne parlerons pas ici des injections médicamenteuses dans lesquelles on introduit quelques gouttes

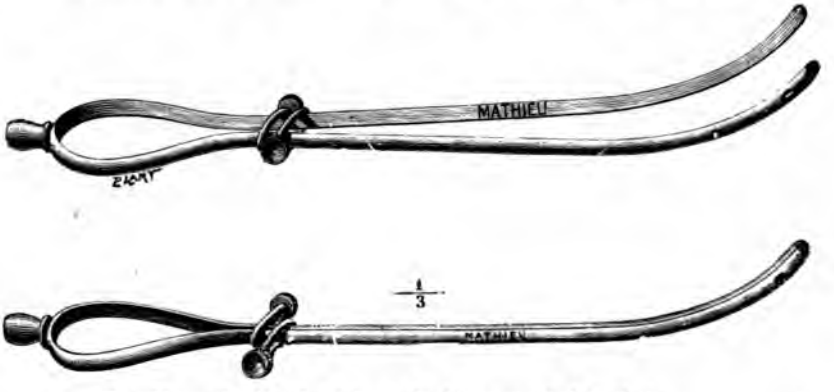


Fig. 96. — Sonde dilatatrice à double courant de Doleris.

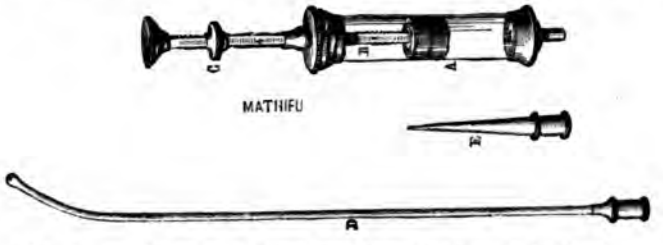


Fig. 97. — Seringue à injections intra-utérines de Leblond.

d'un agent modificateur dans l'utérus, des véritables injections ou lavages de la cavité utérine.

Les irrigations intra-utérines sont, du reste considérées comme un mode de traitement des métrites chroniques ; elles sont indispensables après le curetage ; elles constituent une des pratiques les plus fréquentes dans les accidents post-puerpéraux et abortifs ; enfin elles peuvent être appliquées utilement pour enlever les débris organiques septiques produits par le cancer.

En dehors des accidents puerpéraux ou abortifs il faut au préalable dilater l'utérus.

On emploie la douche d'Esmarch qui sert pour les injections vaginales dont la canule est remplacée par une sonde destinée à faire pénétrer le liquide dans la matrice.

Après l'accouchement ou le curetage, l'utérus s'abaisse facilement à la vulve ; on peut alors opérer facilement sans le spéculum en saisissant une des lèvres du col avec une pince à griffe. Lorsque le col ne peut être abaissé à la vulve il est préférable d'employer le spéculum, la malade étant placée sur le bord du lit dans le décubitus dorsal.

Le choix de la sonde injectrice n'est pas indifférent. On peut, à la rigueur, se servir d'une sonde urétrale d'homme stérilisée ; mais il est infiniment préférable d'employer des appareils spéciaux.

Les plus ingénieux sont ceux de Reverdin et de Doléris qui ont été imités par un grand nombre de gynécologues (fig. 96). Cette sonde s'introduit facilement et un mécanisme d'écartement permet d'assurer le retour du liquide. Il importe que le liquide pénètre et sorte librement sans être envoyé avec trop de pression. Il est arrivé souvent des accidents et des syncopes graves attribués à la pénétration du liquide injecté dans le péritoine.

Les petites sondes non dilatatrices doivent être réservées pour les injections médicamenteuses.

Il faut se méfier du sublimé dans la période post-puerpérale et n'employer que des solutions à 1 p. 5000 ; je préfère du reste le permanganate de potasse au dix millième. Il faut bien savoir qu'il s'agit plutôt d'une irrigation ou d'un lavage plutôt que d'une action caustique, antiseptique ou modificatrice.

3° Milieu opératoire. — Préparation de l'opérée

Tables. — Aides. — Instruments

Je ne puis, dans un manuel, donner à ce chapitre tous les développements qu'il comporte. Il m'a paru cependant indispensable de don-

ner quelques indications générales sur une question qui intéresse tous les praticiens. Si tous mes lecteurs ne sont pas appelés à faire des laparotomies ils peuvent être appelés à assister à des opérations gynécologiques, à y prendre part comme aides et à préparer le milieu opératoire. Les préceptes que nous allons indiquer s'appliquent du reste aux autoplasties et actes opératoires moins importants tels que le curetage, l'opération d'Emmet, la périnéorrhaphie. Ce sont là des opérations que beaucoup de nos confrères de province peuvent pratiquer couramment.

A. **Milieu opératoire** — A Paris et dans les grandes villes il existe

Fig. 98. — Table aseptique portative (position allongée).

des cliniques et des maisons de santé pourvues des installations chirurgicales les plus parfaites. En Allemagne, et surtout en Amérique, on a créé des amphithéâtres où le luxe de l'agencement dépasse tout ce qu'on peut imaginer. J'ai vu, dans quelques hôpitaux de New-York, des salles d'opération, dues à la libéralité de philanthropes milliardaires, dont la création avait coûté plusieurs millions.

Pas n'est besoin, à mon avis, de tant de luxe. La salle d'opération peut être établie à peu de frais ; il faut qu'elle soit spacieuse, bien éclairée et facile à chauffer. Les revêtements dispendieux en mosaïque peuvent être remplacés par une simple peinture à l'huile lessivée et renouvelée deux fois par an. Il faut surtout qu'on puisse laver à grande eau le sol, les parois et les plafonds. La lumière doit arriver à profusion par une large fenêtre latérale et par en haut, lorsque cela est possible.

Peut-on faire des opérations importantes en ville ? Quoiqu'il soit préférable d'opérer dans les maisons de santé privées où les malades sont mieux soignées et mieux disciplinées, j'estime qu'on peut opérer en ville lorsque cela est nécessaire. Il faut alors se procurer un milieu aussi aseptique que possible, faire disparaître de la pièce les

Fig. 99. — Table aseptique portative (position inclinée).

rideaux, tentures, tapis et autres meubles inutiles. On fera transporter une table opératoire d'un des modèles portatifs que j'indique (fig. 98 et suivantes). La précaution qui consiste à faire désinfecter la chambre au préalable à l'acide sulfureux ou au formol n'est pas inutile.

Je dirai peu de choses du mobilier de la salle d'opération ; celui-ci devra être aussi simple que possible et devra être exclusivement construit en verre, en métal nickelé ou émaillé et en bois verni. J'ai déjà parlé de tables opératoires en parlant des postures (p. 56) ; celles-ci pourront être simples et exemptes des mécanismes un peu compliqués dans lesquels se sont complus les constructeurs modernes. Toute table gynécologique doit cependant permettre la position inclinée, la fixation dans les diverses postures, le lavage, etc. Nous en indiquons les principaux modèles (fig. 100 et 106) ainsi que quelques meubles indispensables pour une clinique (tables, chariots, fig. 107 et 108).

Lorsqu'on opère en ville, il est bon d'être pourvu de boîtes à com-

Fig. 100. — Table aseptique portative avec ses étriers.

partiments en tôle émaillée (fig. 101 à 103) pour placer et classer les instruments et d'un certain nombre de cuvettes en verre ou en caout-

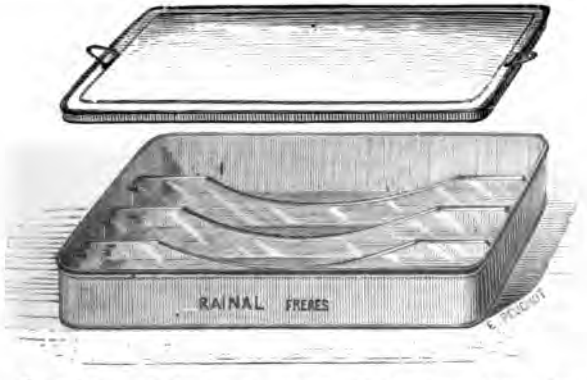


Fig. 101. — Boîte à compartiments en tôle émaillée pour classer les instruments.

chouc qui serviront pour les pansements, solutions aseptiques, etc., et seront placés à portée de l'opérateur après avoir été aseptisés.

B. **Préparation de l'opérée.** — Ce que nous avons dit plus haut en

Fig. 102. — Cuvettes à instruments et à pansements en verre.

parlant de l'injection vaginale s'applique aux opérations effectuées par

Fig. 103. — Cuvette à instruments en verre avec garniture en caoutchouc.

les voies naturelles ; les préparatifs seront plus complets lorsqu'il

Fig. 104. — Petites bassines en verre pour les solutions.

s'agit d'une laparotomie qui peut du reste toujours se compliquer d'une intervention vaginale.

Plusieurs jours avant l'opération, on fera des irrigations vaginales

avec une solution de sublimé ou de permanganate de potasse à

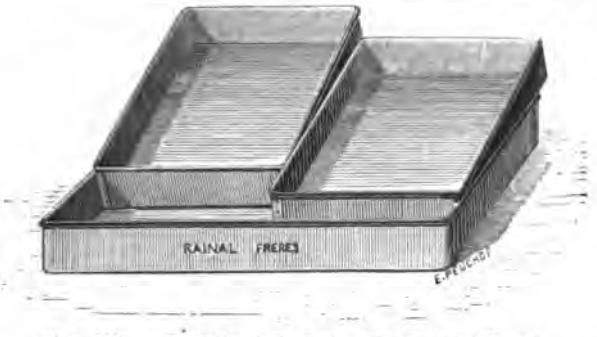


Fig. 105. — Cuvettes à instruments en caoutchouc.

1 p. 5000 ; après chaque injection on placera dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

La veille de l'opération, la malade sera purgée et on s'assurera par

Fig. 106. — Table aseptique avec gouttière pour opérations abdominales et plaque mobile pour pansements.

des lavements de la vacuité de l'intestin. Il est bon de faire prendre un bain au savon ou au sublimé.

Avant l'opération, la vessie sera vidée, les poils rasés et on procédera à une désinfection méticuleuse de l'abdomen ; on emploie pour cela le savon et la brosse d'abord, puis l'alcool et le sublimé (solution au 1000e) ; il faut s'attacher à bien nettoyer les replis cutanés

formés par l'ombilic. Le ventre sera ensuite recouvert d'une compresse aseptique jusqu'au moment de l'intervention. Il est préférable de faire une partie de ces préparatifs lorsque la malade est anesthésiée.

C. **L'opérateur et les aides.** — Le luxe d'aide déployé par les

Fig. 107. — Étagère métallique roulante avec plateaux démontables.

premiers laparotomistes n'est plus reconnu nécessaire aujourd'hui. En dehors du chloroformisateur on peut faire la plupart des grandes opérations avec un seul aide. Il est bon cependant d'avoir à portée une ou deux personnes qui peuvent donner assistance en cas de besoin.

L'opérateur et ses aides porteront par-dessus leurs vêtements une grande blouse de toile scrupuleusement blanchie ; les bras sont retroussés jusqu'au coude, mais c'est sur la désinfection des mains que doivent porter tous les efforts.

Là encore le savon et la brosse jouent le principal rôle, mais il faut laver et frotter vigoureusement pendant cinq à dix minutes ; les ongles, que le chirurgien doit toujours porter très courts, seront ensuite nettoyés à la lime. Pour les laparotomies la désinfection doit être plus

complète encore. Voici comment il faut procéder : immersion dans l'alcool ; trempage dans une solution de permanganate de potasse à 1 p. 100, décoloration par la solution concentrée de bisulfite de soude ; enfin nouvelle immersion dans la solution de sublimé à 1 p. 1000.

J'ai tenu à citer ce luxe de précautions ; mais beaucoup de laparo-

Fig. 108. — Chariot roulant pour hôpitaux et cliniques.

tomistes estiment qu'elles ne sont pas toutes absolument nécessaires. On ne saurait cependant être trop prudent.

Pendant toute la durée de l'opération, le chirurgien doit avoir à sa portée une solution de sublimé à 1 p. 1000 dans laquelle il trempe ses doigts lorsqu'ils sont souillés.

D. **Instruments et objets de pansement.** — Je ne décrirai pas ici les nombreux appareils destinés à stériliser les instruments sous pression. On trouvera chez nos industrieux fabricants toutes les variétés d'autoclaves et d'étuves qui ont fait la fortune d'un grand nombre

d'industriels ; ces appareils, assez compliqués, ne conviennent qu'aux hôpitaux et maisons de santé chirurgicales.

Je me bornerai donc à décrire les modes de désinfection qui peuvent être appliqués partout et se trouver à la disposition de tous les praticiens.

Instruments. — En principe, on doit toujours choisir des instruments très simples, et dont le démontage facile permet un nettoyage complet.

Voici maintenant les procédés les plus simples et qui présentent déjà de sérieuses garanties.

En premier lieu, il y a le *flambage* qui consiste à passer l'instru-

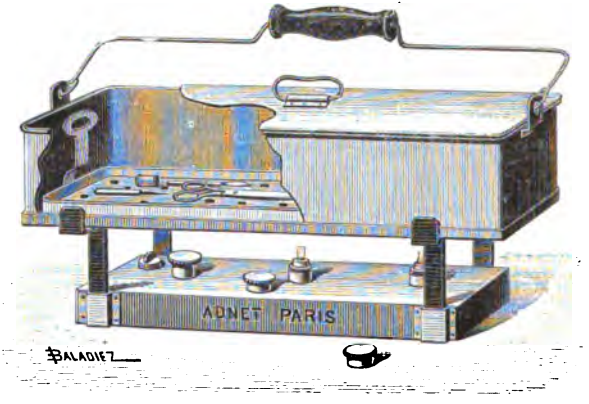


Fig. 109. — Appareil portatif pour la stérilisation des instruments à l'eau bouillante.

ment pendant quelques secondes dans la flamme d'une lampe à alcool

Lorsqu'on a un assez grand nombre d'instruments on peut les flamber tous ensemble en versant et en enflammant de l'alcool dans un récipient métallique. Ce procédé ne présente pas des garanties absolues.

Je préfère l'*ébullition* qui est facilement réalisable parce qu'on trouve partout une poissonnière et du feu. Pour être efficace, elle doit être assez longue (dix à vingt minutes environ). Il est essentiel de ne placer les instruments dans le liquide qu'au moment de l'ébullition ; sans cette précaution, ils seraient altérés. Bergmann conseille d'ajouter à l'eau environ 10 grammes de carbonate de soude par litre ; c'est une excellente précaution. On trouve dans le commerce

des petits appareils très simples qui permettent de faire bouillir instantanément les instruments (fig. 109 et 111).

Levassort a imaginé un stérilisateur très commode permettant de renfermer les instruments et de les stériliser au moment de s'en servir (fig. 111).

L'ébullition, ainsi pratiquée, suffit pour détruire les germes. Dans

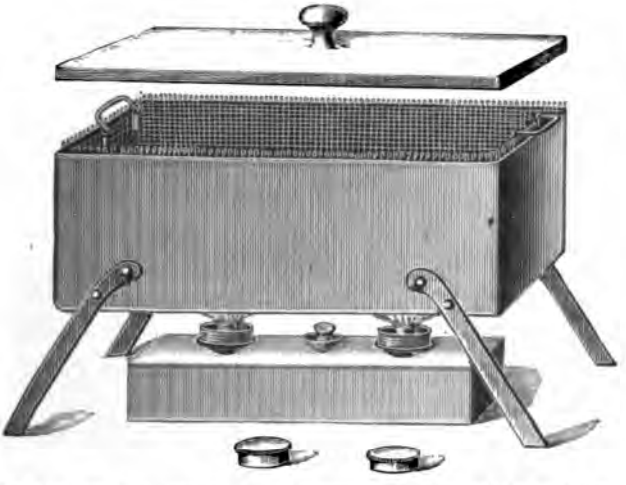


Fig. 110. — Stérilisateur avec lampe à alcool et pieds mobiles.

les cas où ils auraient été infectés par des contacts fétides et suspects on peut compléter l'opération en les faisant bouillir dans une solution phéniquée forte.

Objets de pansement. — On trouve dans le commerce des objets de pansements, éponges, compresses, gazes, dont la stérilisation offre toutes les garanties désirables. Dans les hôpitaux et cliniques, ces objets sont préparés dans des étuves ou autoclaves. Mais il faut que le praticien soit à même, dans les cas d'urgence, de se procurer des objets de pansement aussi aseptiques que possible.

Quoiqu'on puisse obtenir des éponges très propres en les trempant dans la solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, puis dans le bisulfite de soude et la solution phéniquée, je conseille de renoncer à cet objet dispendieux et de le remplacer par des tampons d'ouate et des compresses de gaze qu'on trouve partout. Si on n'a pas d'autoclave à sa disposition on peut obtenir une stérilisation très complète en les faisant bouillir pendant deux heures dans la solution de

carbonate de soude à 10 p. 1000. Si on ne se sert pas immédiate-

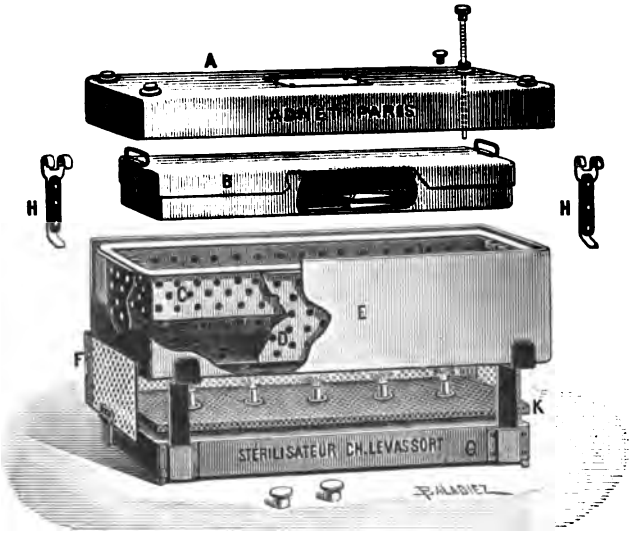


Fig. 111. — Stérilisateur portatif de Levassort.

ment de ces objets on peut les conserver dans une solution de sublimé à 1 p. 5000.

Les compresses de gaze ainsi préparées remplacent avantageusement les éponges, soit comme agent d'hémostase, soit pour protéger les intestins ou pour tout autre usage chirurgical.

CHAPITRE II

MOYENS DE SUTURE. HÉMOSTASE. DRAINAGE ET TAMPONNEMENT

1° Moyens de suture

Quoique les procédés employés pour la réunion des plaies en gynécologie soient les mêmes que ceux appliqués à la chirurgie générale, il nous a paru cependant nécessaire de parler des moyens de suture

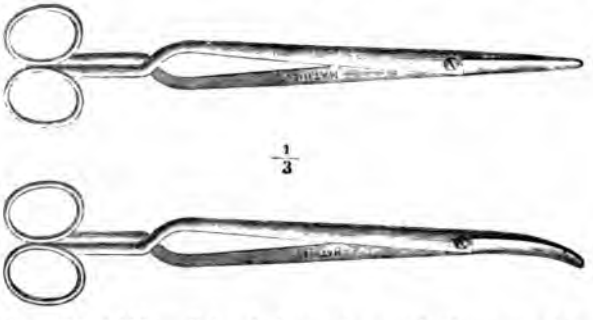


Fig. 112 et 113. — Paire de longs ciseaux droits ou courbés pour avivement.

qui présentent quelques particularités et dont l'emploi dans les autoplasties vaginales et la fermeture abdominale a une importance considérable.

Le succès des opérations autoplastiques dépend en effet du mode de suture et de la bonne juxtaposition des tissus.

Avivement. — Pour qu'une plaie présente de bonnes conditions de réunion il faut trois conditions :

1° Que la surface avivée soit parfaitement nette et saine sans qu'aucune partie de la surface reste recouverte de peau ou de muqueuse.

2° Que la coaptation soit aussi parfaite que possible sans espaces vides ni culs-de-sac.

3° Qu'il n'existe pas dans les tissus rapprochés une trop grande traction.

L'avivement peut être fait avec le bistouri, mais on emploiera de

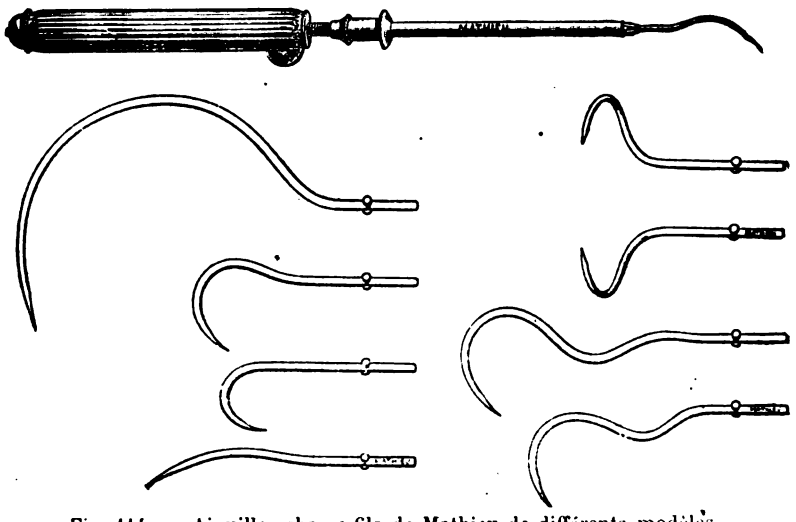


Fig. 114. — Aiguilles chasse-fils de Mathieu de différents modèles.

préférence pour les muqueuses des ciseaux spéciaux (fig. 112 et 113)

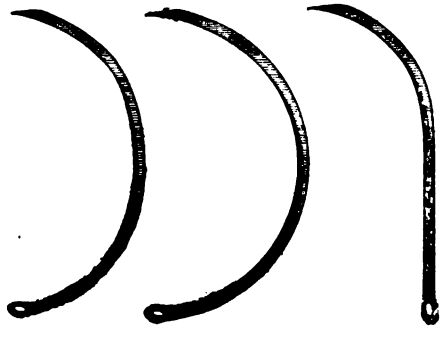


Fig. 115. — Aiguilles de Hagedorn.

Aiguilles. Porte-aiguilles. — On se servira d'aiguilles fines et courbes pour les restaurations périnéales et vaginales. Pour les autoplasties sur le col on emploiera des aiguilles courbes, mais plus résistantes, en raison de la densité des tissus.

Il faut toujours donner la préférence aux aiguilles plates de Hagedorn (fig. 115).

Auguste Reverdin à qui la chirurgie gynécologique doit tant d'in-

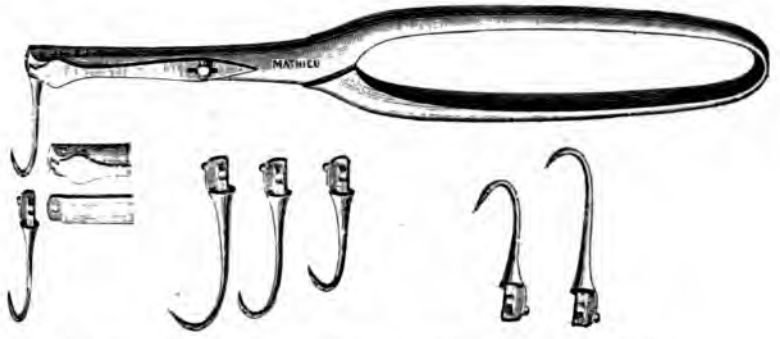


Fig. 116. — Porte-aiguilles et aiguilles démontables de Reverdin.

génieuses innovations, a fait construire des aiguilles munies d'un manche. Il suffit d'exercer un simple serrement avec la main sous le manche de l'instrument pour ouvrir le chas qui se referme aussitôt que cesse la pression. Cet instrument m'a rendu les plus grands services pour la pratique des périnéorrhaphies et des autoplasties vaginales (fig. 116).

On lui a reproché cependant d'être d'un nettoyage difficile et beaucoup de gynécologues lui préfèrent les aiguilles courbes plates.

Quelques chirurgiens manient les aiguilles directement avec la main ; d'autres préfèrent les employer montées sur un manche dit *porte-aiguilles* (fig. 118).

Pour les sutures profondes et devant transverser des tissus résistants (paroi abdominale, etc.) on emploiera des *aiguilles montées*. Les types les plus employés sont ceux de Moodgs et de Reverdin (fig. 119 et 120); l'aiguille *chasse-fil* de Mathieu (fig. 114) est également très utile.

Fig. 117.—Flacon destiné à conserver les aiguilles à suture dans une solution antiseptique.

Fils pour la suture. — On emploie en gynécologie les *fils d'argent*, le *catgut*, le *crin de Florence* et la *soie*. Tous peuvent rendre des services dans des cas déterminés.

C'est aux *fils d'argent* que Sims a dû ses grands succès dans les

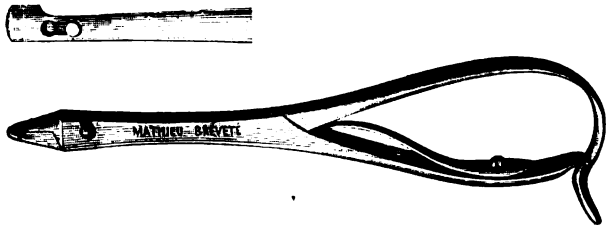


Fig. 118. — Porte-aiguilles de Mathieu.

autoplasties vaginales. Ils sont encore fort employés aujourd'hui dans

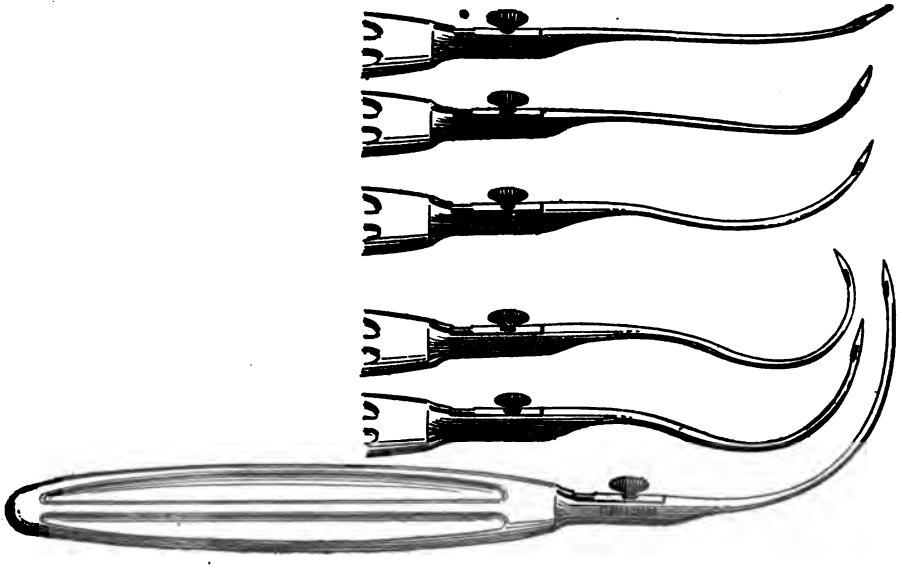


Fig. 119. — Aiguilles de Reverdin.

les périnéoplasties; ils assurent une bonne fixation des tissus et présentent les plus grandes garanties au point de vue de l'asepsie.

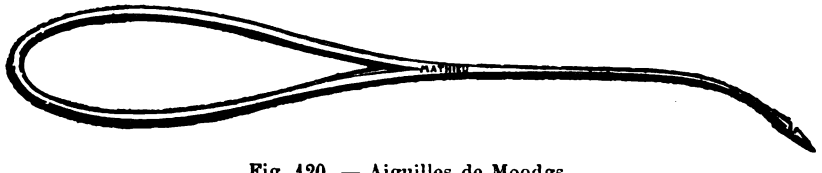


Fig. 120. — Aiguilles de Moodgs.

Le *catgut* a joui d'une grande vogue lors de l'introduction de

la méthode listérienne. On lui reproche aujourd'hui de se résorber

Fig. 121. — Dévidoir pour le catgut de différentes grosseurs.

trop facilement avant le temps nécessaire à la réunion des tissus.

Fig. 122. — Flacon pour le crin de Florence.

Fig. 123. — Flacon pour la soie.

C'est là un reproche qui n'est pas fondé. En s'assurant d'une bonne

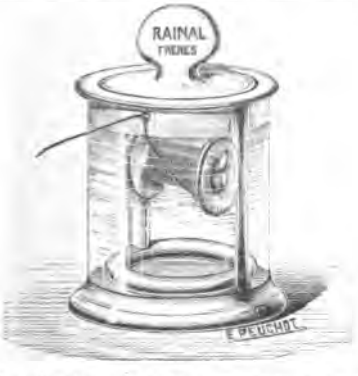


Fig. 124. — Boîte de cristal pour la conservation de la soie ou du catgut.

qualité de catgut et en le prenant suffisamment fort, sa résorption n'a lieu qu'au bout de dix à quinze jours.

Le catgut est indispensable pour les ligatures perdues dans la cavité abdominale. Je l'emploie exclusivement pour toutes les autoplasties du vagin et du col où le retrait des fils métalliques est si pénible pour les malades.

Il faut dire cependant que le catgut a une légère tendance à *se desserrer*, ce qui me fait lui préférer la soie ou le fil d'argent dans la périnéorrhaphie et les sutures profondes.

Le *crin de Florence* n'est pas résorbable et ne peut donc être com-

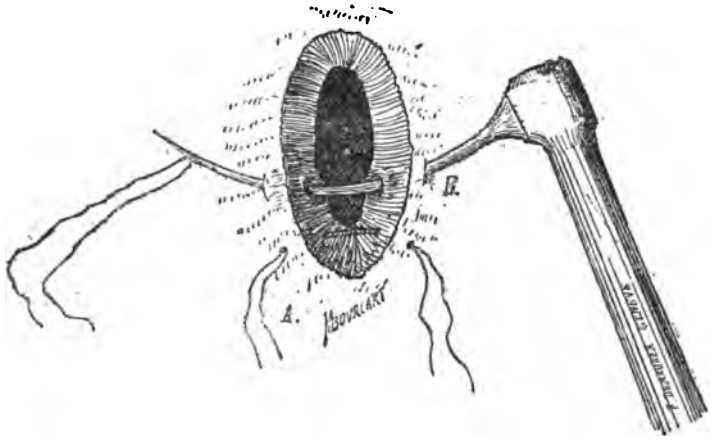


Fig. 125. — Suture à points séparés ; les fils sont passés avec l'aiguille spéciale de Reverdin (fistule vésico-vaginale).

paré qu'aux fils métalliques ; comme il présente également l'inconvénient de se desserrer légèrement, je l'ai abandonné. Beaucoup de chirurgiens cependant lui donnent la préférence.

La *soie* aseptique est résorbable et plus solide que le catgut ; c'est là son seul avantage. Elle pourra donc être utilisée dans les cas ou une longue persistance de la suture est nécessaire.

D'une façon générale je crois que les *fils d'argent* et le *catgut* doivent être employés de préférence dans toutes les autoplasties.

Modes de sutures. — On emploie généralement en gynécologie trois variétés de sutures : 1° la suture à points séparés ; 2° la suture continue à surjet ; 3° la suture enchevillée.

Sutures à points séparés. — Elle consiste à appliquer et à nouer séparément chaque point ; c'est celle qu'on emploie pour la paroi abdominale

et pour les restaurations périnéales par les procédés que nous décrirons plus loin. Il importe, pour la périnéorrhaphie, d'employer des

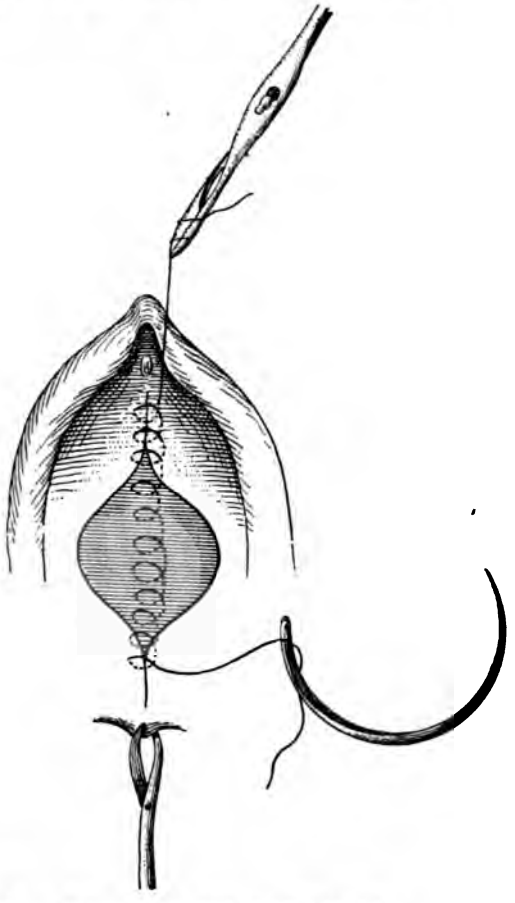


Fig. 126. — Suture continue à surjet (simple).

aiguilles assez longues cheminant sous toute l'épaisseur de la surface avivée sans laisser de *pont*.

On place d'abord tous les fils, comme dans la figure 125, puis on les réunit successivement de façon à bien assurer la coaptation des tissus.

Sutures continues à surjet. — Pour bien faire comprendre cette variété de sutures il faut supposer une autoplastie. Prenons par exemple une colporrhaphie indiquée dans la figure 126. L'opérateur

prend une aiguille courbe plate, munie d'un long fil de soie ou de catgut. Il saisit avec des pinces l'angle supérieur de la plaie, traverse les deux lèvres de cette plaie comme il a été dit plus haut pour la suture à points coupés, puis il fait un nœud solide et confie une des

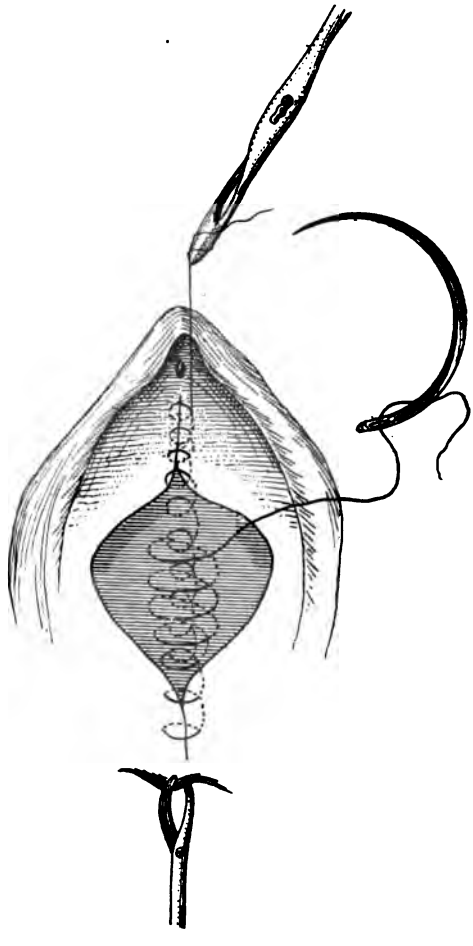


Fig. 127. — Suture continue à étages superposés.

extrémités du fil à un aide; avec l'autre extrémité du fil, toujours enfilée dans l'aiguille, il suture les parties profondes de la plaie, sans intéresser la peau jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la partie inférieure de la surface avivée. De là il remonte et, par une suture qui constitue un deuxième étage (fig. 127), il réunit les lèvres de la plaie, de façon à l'obturer complètement.

La suture à surjet constitue à notre avis un grand avantage dans la pratique des autoplasties périnéales et vaginales, en ce sens qu'elle

Fig. 128. — Suture continue en bourse.

simplifie le manuel opératoire et permet de terminer rapidement l'opération.

Elle doit être faite sous une irrigation continue nécessaire pour laver le fil, l'aiguille, et éclaircir le champ opératoire. Mais il faut pour qu'elle réussisse, obtenir une *coaptation parfaite* des surfaces avivées. Il ne faut donc pas craindre, surtout dans la périnéorrhaphie, de multiplier les étages et de rapprocher les points. Il n'est pas nécessaire de s'inquiéter de la symétrie et du nombre des points. On réunit, en somme, les tissus avivés comme on réunirait deux fragments d'étoffes déchirés.

Fig. 129
Suture sous-cutanée.

Suture en bourse. — Pour de petites fistules vésico-vaginales ou pour réunir des plaies de petites dimensions (intestins, etc.) on peut employer la suture *en bourse* (fig. 128). C'est en somme une suture continue circulaire.

Suture continue sous-cutanée. — Ce procédé, très ingénieux, permet d'éviter sur la peau les *stries* ou autres traces des sutures qui persistent assez longtemps.

Il ne se pratique qu'avec du fil résorbable, du catgut ou de la soie ; il faut employer une aiguille de Hagedorn très fine.

L'opérateur fait pénétrer l'aiguille dans la peau à un centimètre environ au-dessus de l'angle supérieur de la plaie en A (fig. 130) et confie le chef de ce fil (en A) à un aide ; il ressort avec la pointe de son aiguille dans une des lèvres de la plaie le plus près possible de l'épiderme sans intéresser celui-ci ; il continue ainsi d'une lèvre de la plaie à l'autre jusqu'à l'extré-

mité inférieure où il ressort par la peau en B ; on obtient ainsi un tracé entre-croisé absolument semblable à celui d'un lacet de corset.

Il ne reste plus qu'à resserrer la suture, ce qui a lieu facilement en tirant sur chacune des extrémités du fil en A et en B, et en les arrêtant avec des nœuds ; la plaie est ainsi parfaitement fermée et on ne voit plus que les deux extrémités des fils.

J'ai vu appliquer la suture intradermique en Amérique ; elle donne,

Fig. 130. — Suture enchevillée.

dans les laparotomies, des cicatrices absolument invisibles et dépourvues de stries transversales.

La suture intradermique me paraît appelée à se généraliser. Elle est attribuée à Kendal Frank, mais elle a été vraiment imaginée par Lawson Tait ; le procédé proposé par ce chirurgien pour la réunion des plaies dans la périnéorrhaphie n'est en réalité qu'une suture intradermique à points séparés.

Suture enchevillée. — Cette suture était autrefois très en vogue dans la périnéorrhaphie et dans la fermeture de la paroi abdominale. Elle consiste à retenir les fils de chaque côté de la plaie par des plaques de plomb qu'on écrasait à l'aide d'une pince ou par des petits bâtonnets (fig. 130).

Ce mode de suture n'est plus employé en gynécologie que pour des cas exceptionnels ; lorsqu'il existe une immense plaie abdominale

avec de larges surfaces cruentées, Pozzi conseille de placer des deux côtés, avant la fermeture du ventre, une ou deux longues sutures profondes maintenues de chaque côté du ventre par un rouleau de gaze iodoformée. Cette substitution de la gaze aux bâtonnets des anciens gynécologues me paraît une bonne innovation.

Sutures combinées. — Dans un grand nombre de cas, et notamment dans les plaies abdominales, il est nécessaire de combiner la suture en surjet avec la suture à points séparés.

Dans la fermeture de la paroi abdominale, il est de règle aujourd'hui de faire des sutures en surjet à étages comprenant d'abord le péritoine (premier étage), puis les aponévroses et les muscles droits (deuxième étage) ; les téguments et le tissu cellulaires sont alors réunis avec des points séparés.

2° Hémostase. — Tamponnement

L'hémostase en gynécologie pendant le cours des opérations

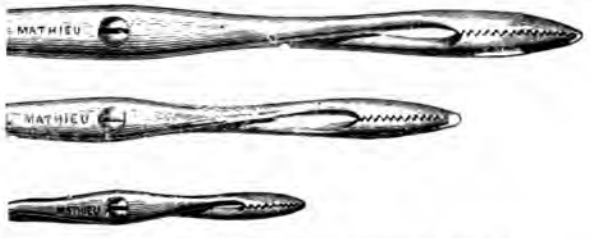


Fig. 131. — Pinces hémostatiques ordinaires.

s'obtient par la *forcipressure* et la *torsion*, par la *ligature* et par l'*irrigation continue*.

Il y a en outre l'*hémostase par tamponnement vaginal*.

Hémostase par forcipressure. — C'est à Péan que nous devons l'application de cette remarquable méthode grâce à laquelle le gynécologue peut effectuer le pincement des vaisseaux et pratiquer les opérations abdominales les plus compliquées sans être retardé par la pose d'aucune ligature.

L'hémostase par forcipressure est *provisoire* ou *définitive* (pinces à demeure).

Pour l'hémostase *provisoire* dans les opérations abdominales le chirurgien devra donc avoir à sa disposition les pinces de divers modèles (fig. 131 à 134) ; des pinces courtes pour pincer les petits

vaisseaux de la paroi, des pinces longues pour les parties profondes

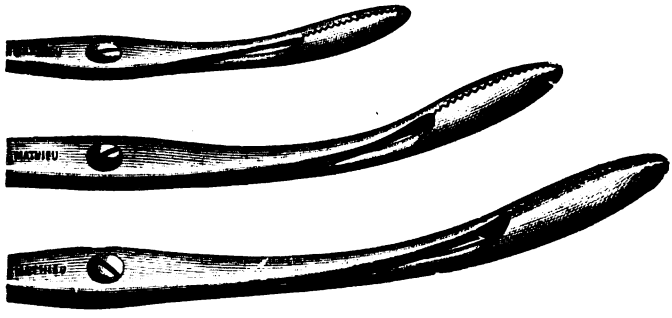


Fig. 132. — Pinces hémostatiques à mors courbés.

et même la grosse pince de Doyen pour comprimer les pédicules.

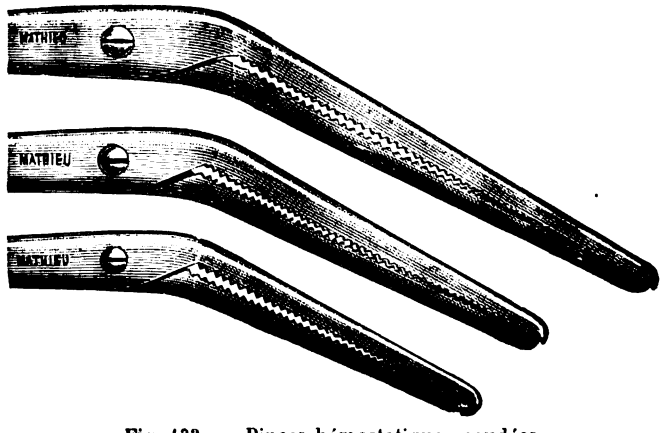


Fig. 133. — Pinces hémostatiques coudées.

L'hémostase définitive par forcipressure est employée par beaucoup

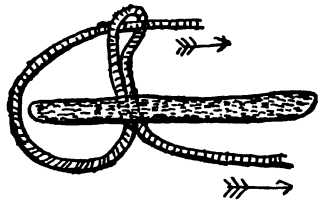


Fig. 134. — Nœud de Bantock pour les pédicules.

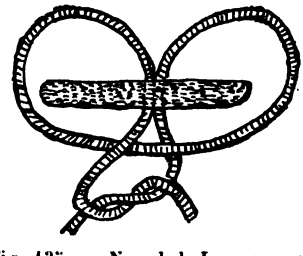


Fig. 135. — Nœud de Lawson pour les pédicules.

de chirurgiens dans l'hystérectomie vaginale qui préfèrent la pince à

demeure à la ligature. Nous aurons l'occasion de discuter ce procédé d'hémostase en partant de l'hystérectomie vaginale.

La *ligature* s'applique sur les vaisseaux qui saignent encore après le retrait des pinces ; elle ne présente rien de spécial en gynécologie pour les vaisseaux isolés ; mais elle est au contraire très importante

Fig. 136. — Ligature en chaîne des pédicules larges.

en tant que *ligature en masse*, appliqués aux gros pédicules charnus.

Quelques généralités sur ce sujet qui sera traité plus spécialement après chaque opération (hystérectomie, ovariotomie).

Lorsque le pédicule est mince et plat, on le transperce au milieu avec une aiguille armée d'un fil double ; en coupant l'anse on obtient deux chefs qui sont liés séparément de chaque côté.

Mais on a ainsi deux nœuds ; or, il a été démontré que les nœuds se résorbent beaucoup plus difficilement ; c'est pour cette raison que Granville Bantock et Lawson Tait ont proposé les modes de ligatures qui portent leurs noms et permettent de lier solidement le pédicule en ne faisant qu'un seul nœud (fig. 134 et 135).

Lorsque le pédicule est très large, on applique la ligature en chaîne en plusieurs nœuds (fig. 136).

Enfin, lorsque le moignon est énorme, on applique la *ligature élastique* sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Depuis l'emploi des fortes *pinces-clamps* proposés par Doyen, on obtient un écrasement du pédicule qui en facilite considérablement la ligature et l'hémostase définitive et immédiate.

Hémostase par irrigation continue. — L'hémostase temporaire présente des inconvénients pendant les opérations autoplastiques (péri-

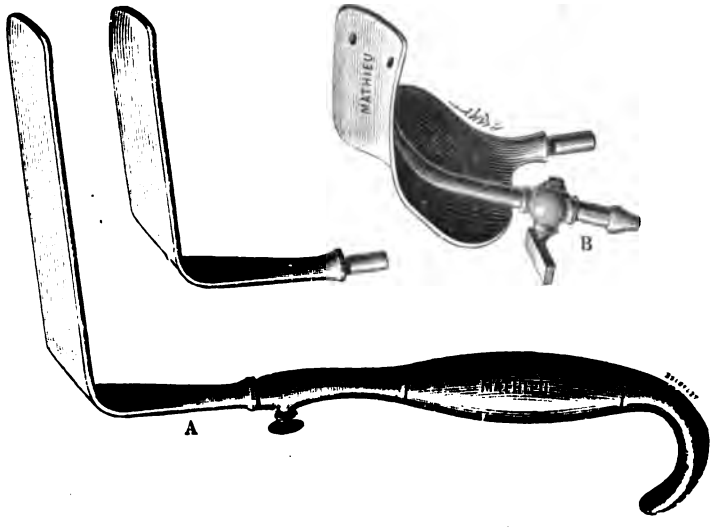


Fig. 137. — Série de dépresseurs se montant sur le même manche.
A, valves pour le vagin ; B, valve de Fritsch pour irrigation continue pendant les opérations.

néorrhaphies, etc.) ; le pincement des vaisseaux peut déterminer une forte compression des tissus et nuire à la réunion immédiate.

On remplace avantageusement la forci-pressure par l'irrigation continue ; non seulement cette méthode donne une hémostase suffisante, mais elle maintient le champ opératoire clair et aseptique sans qu'il soit nécessaire d'éponger.

L'irrigation continue doit donc être pratiquée dans les autoplasties périnéo-vaginales et utérines. Fritz a proposé une valve spéciale (fig. 137 et 138) ; mais l'irrigation peut être obtenue avec n'importe quel appareil d'injection munie d'une canule fine ne permettant qu'un faible écoulement de liquide.

Tamponnement hémostatique vaginal et utérin. — Dans les métrorrhagies profuses menaçant l'existence, le tamponnement est indiqué dans les cas d'extrême urgence alors surtout que le médecin est seul et n'a pas l'assistance nécessaire pour appliquer un traitement curatif.

Le plus souvent l'hémorragie est puerpérale et consécutive à un avortement ; ce sont les débris placentanés qui détermineront l'hémorragie qui cesse toujours après un curetage même extemporané.

Mais lorsqu'il y a urgence, dans les cas de cancer, de fibrome, etc., on doit pratiquer le tamponnement.

Il est vaginal ou utérin.

Le tamponnement se pratique de la manière suivante :

On dispose rapidement une série de petits tampons d'ouate ou de

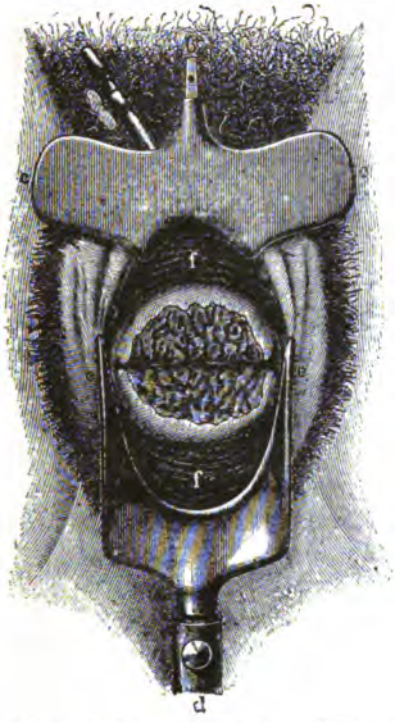


Fig. 138. — Vulve de Fritz en place pour l'irrigation continue (opération d'Emmet).

gaze iodoformée qui sont trempés dans une solution antiseptique, fortement exprimés et reliés entre eux en chapelet.

La femme est placée sur le bord du lit et le spéculum introduit ; il est essentiel de faire (le spéculum en place), un lavage complet du vagin pour le débarrasser des caillots et mettre le col à découvert ; on introduit alors les tampons qu'on applique sur le col par couches denses et superposées jusqu'à ce que la cavité vaginale soit pleine. Il est utile de sonder la malade après l'opération, le tamponnement produisant souvent la rétention d'urine par compression de la veine.

Le tamponnement au coton doit être retiré au bout de vingt-quatre heures ; celui à la gaze peut rester deux jours.

Columnisation du vagin. — On désigne sous ce nom un tamponnement ayant pour but de combattre l'inflammation utérine, de soutenir l'utérus congestionné et de soulager les ligaments du poids de la matrice.

Il se pratique avec n'importe quelle substance, mais la gaze iodoformée est préférable parce qu'elle permet de laisser le pansement en place pendant quarante-huit heures sans qu'il dégage l'odeur infecte qu'acquièrent si rapidement les tissus laissés en place dans la cavité vaginale.

Il faut de préférence placer la malade dans la position génu-pectorale pour bien faire la columnisation du vagin; il suffit alors d'une valve de Sims pour introduire les tampons et bourrer la cavité.

Tamponnement intra-utérin. — Il convient surtout dans les hémorragies post-abortives ou post-puerpérales lorsque l'utérus est dilaté ou dilatable, nous en décrirons la technique en parlant de la *dilatation* et de l'*abaissement de l'utérus*.

3° Drainage

Il faut distinguer en gynécologie le *drainage post-opératoire* et le *drainage thérapeutique*.

Drainage opératoire. — Les laparotomistes recommandaient d'employer systématiquement le drainage après toute ovariotomie pour favoriser l'écoulement des liquides qui pouvaient s'accumuler dans le péritoine. Ils se servaient alors d'un tube de verre qu'on laissait en place tant qu'on voyait s'écouler des sécrétions.

Des recherches plus récentes ayant démontré le pouvoir résorbant de la séreuse péritonéale, cette pratique a été reconnue inutile dans les laparotomies simples; elle n'est plus utile que dans les cas où l'opération a été exceptionnellement laborieuse et où le péritoine a été infecté par du pus.

Dans ces cas le drainage peut être *abdominal* ou *vaginal*.

Le *drainage abdominal* se fait avec des tubes de verre percés de trous à leur extrémité inférieure et placés dans le cul-de-sac de Douglas avec l'extrémité supérieure sortant par la plaie.

Lorsque le drainage paraît nécessaire, certains opérateurs se contentent d'introduire dans la cavité une longue lanière de gaze iodo-

formée et pratique ainsi le *drainage capillaire*. Le tissu antiseptique vient ressortir à la partie inférieure de la plaie abdominale qui est suturée dans toute sa longueur sauf sur ce point.

Drainage vaginal. — Il peut être utile après les opérations ayant nécessité l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et même après certaines laparotomies compliquées

Il consiste à placer dans le vagin deux tubes de caoutchouc en croix (fig. 139) ; le tube est introduit, après la laparotomie par une incision dans le cul-de-sac postérieur ou en ponctionnant avec un trocart ; le doigt introduit dans le cul-de-sac de Douglas guide le passage du trocart.

Le drainage vaginal a surtout son application. Après l'ouverture des abcès péri-utérins par les culs-de-sac, que cette ouverture ait lieu par le trocart (méthode de Laroyenne) ou par le bistouri. Le drain en croix rend les plus grands services en assurant l'écoulement du pus et en s'opposant à une fermeture hâtive de l'incision.

Fig. 139
Tube de caoutchouc en croix pour le drainage par le vagin.

Tamponnement péritonéal. — Cette méthode, préconisée par Mickulicz, consiste à tamponner à la gaze iodoformée la totalité de la cavité péritonéale à la suite des laparotomies dangereuses et incomplètes. Elle consiste à introduire dans la cavité un sac de gaz iodoformée en forme de blague à tabac avec un fil circulaire permettant de la retirer en totalité ; ce sac est ensuite faiblement rempli de lanières de gaze iodoformée ; la plaie abdominale est fermée dans sa partie supérieure.

Ce tamponnement est maintenu en place pendant deux ou trois jours ; on retire d'abord les lanières de gaz, puis le sac lui-même lorsqu'on suppose que des adhérences phériphériques aient eu le temps de se former pour mettre le péritoine à l'abri de toute déchirure.

Le **drainage thérapeutique** a été proposé comme moyen curatif dans certaines affections utérines et notamment dans la métrite chronique. Il doit être précédé de la dilatation ; il se combine avec les lavages intra-utérins, le tamponnement et autres pratiques de petite chirurgie que nous décrirons plus loin (voy. *Traitement de la métrite*).

CHAPITRE III

PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE. ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS DILATATION. CURETAGE. MASSAGE UTÉRIN

1° L'abaissement de l'utérus. — La pince a griffes

L'abaissement de l'utérus ou *prolapsus artificiel* constitue un des plus grands progrès introduits dans la gynécologie opératoire, pendant ces dernières années. Les développements anatomiques que nous avons donnés plus haut démontrent, en effet, que l'utérus est

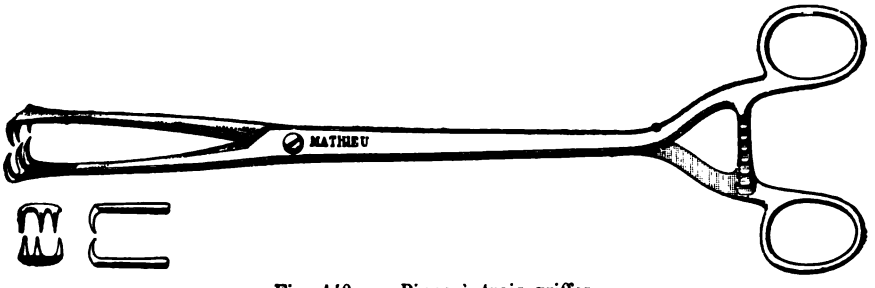


Fig. 140. — Pince à trois griffes.

essentiellement mobile et que cette mobilité est fonctionnelle puisqu'elle est nécessaire pour permettre la gestation et l'accouchement,

Jusqu'à ces dernières années, cependant, on avait considéré l'abaissement de l'utérus dans un but opératoire comme tout à fait dangereux. Aujourd'hui, la théorie et l'expérience sont d'accord pour affirmer l'innocuité et l'utilité de cette manœuvre.

Les *contre-indications* au prolapsus artificiel sont nombreuses. Chaque fois qu'il existe un état inflammatoire de l'utérus et des annexes, ou des exsudats résultant d'inflammations antérieures, il est dangereux ou impossible d'abaisser l'organe de la vulve. Il est facile de constater l'existence de ces états morbides qui se révèlent du reste par deux symptômes principaux : la fixité de l'utérus et la douleur locale.

Manuel opératoire. — Il n'est pas absolument nécessaire d'avoir

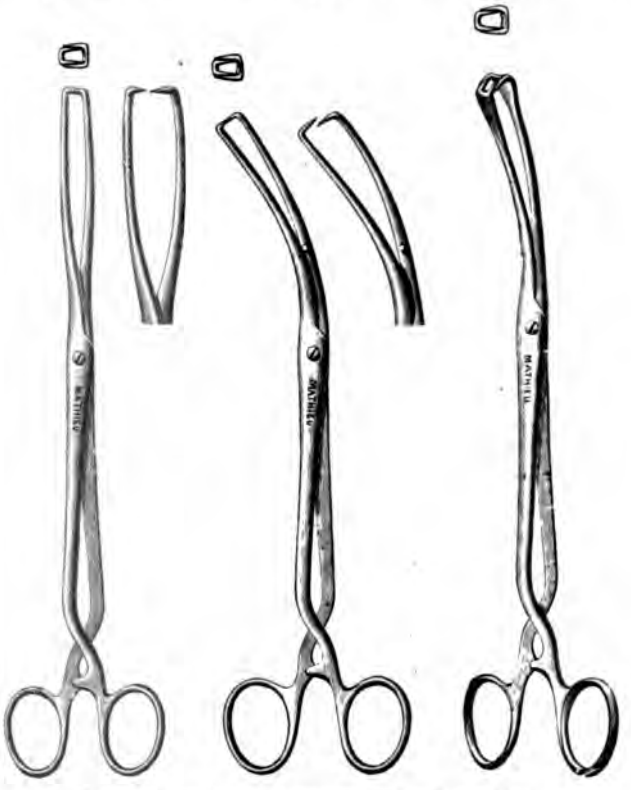


Fig. 141. — Pinces à griffes droites et courbes.

recours au spéculum pour obtenir le prolapsus artificiel. Cependant nous conseillons d'employer la valve de Sims qui découvre le col et

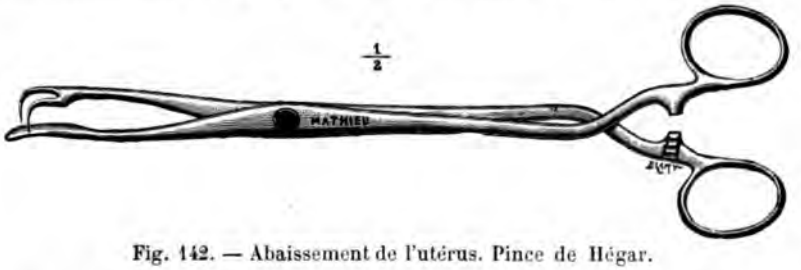


Fig. 142. — Abaissement de l'utérus. Pince de Hégar.

permet de le saisir en un point plus approprié, sans toucher aux parois vaginales.

Le vagin sera d'abord rendu aseptique par de bonnes irrigations, puis la malade sera placée dans la position ordinaire ou dans la posi-

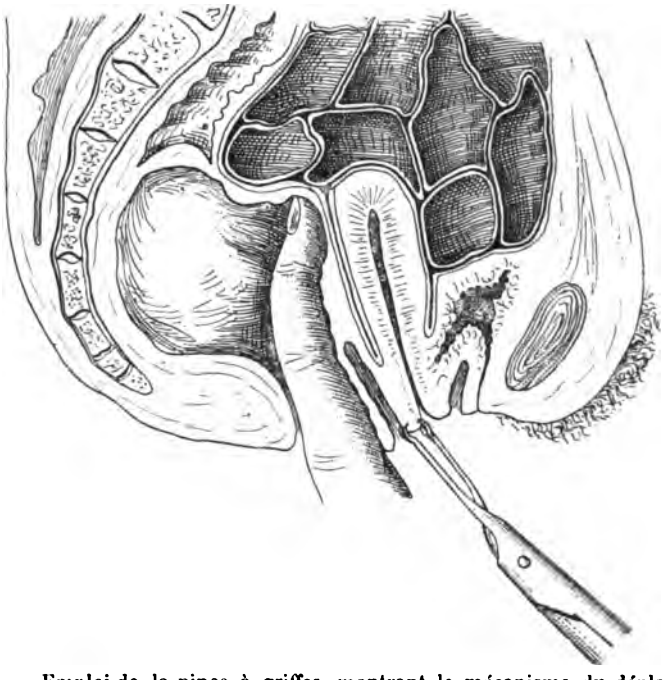


Fig. 143. — Emploi de la pince à griffes, montrant le mécanisme du déplacement de l'utérus et du plancher pelvien. Un doigt est introduit dans le rectum.

tion génu-pectorale. Il s'agit d'une opération prolongée ou nécessitant

Fig. 144. — Pince de Auvard fixant et abaissant le col. Le col, la pince et le spéculum sont maintenus sans aide.

l'anesthésie, on choisira le décubitus latéral gauche ou mieux encore la position de la taille.

Une fois le col découvert, l'opérateur le saisit avec la pince à griffes. Il existe de nombreux modèles de pinces. L'essentiel est

d'avoir un instrument qui assure une bonne prise. Le ténaculum de Sims est, pour cela, insuffisant. On aura recours à une des pinces à

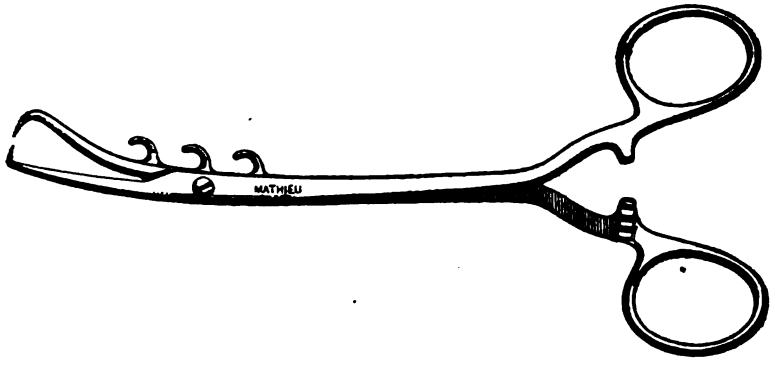


Fig. 145. — Pince de Auvard pour la fixation et l'abaissement du col.

griffes indiquées dans les figures 140, 141 et 142, Auvard a imaginé une pince et un spéculum très ingénieux qui permettent de saisir le col et le fixer au spéculum lui-même (fig. 144 et 145). On peut ainsi se passer d'aides.

Le col ne doit pas être pris trop au bord ; si la lèvre inférieure est volumineuse il est préférable de ne saisir que celle-là.

Une fois le col bien saisi, on retire le spéculum et on pratique des

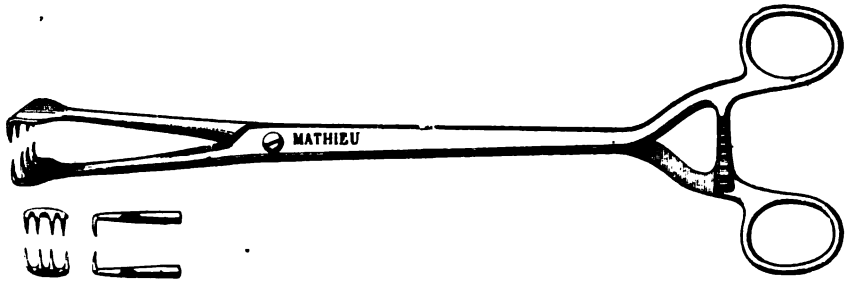


Fig. 146. — Abaissement de l'utérus. Pince à quatre griffes.

tractions douces, en suivant la même courbe que dans l'application du forceps. Si on sent des résistances anormales, on examine les culs-de-sac soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal. L'introduction d'un doigt dans le rectum peut, non seulement renseigner l'opérateur, mais encore aider à la manœuvre. La figure 143 indique le mécanisme du déplacement, un doigt étant introduit dans le rectum.

Si l'on sent trop de résistance, il faut renoncer au prolapsus arti-

ficiel et instituer un traitement pour la disparition des exsudats. Le massage dont nous donnons plus loin le manuel opératoire rendra, dans ces cas, de grands services.

Autres usages de la pince à griffes. — La pince à griffes rend les plus grands services dans la pratique courante de la gynécologie. Pour l'introduction, dans la cavité utérine, des tentes, laminaires, pessaires, crayons et autres substances, il est souvent nécessaire de saisir le col avec la pince à griffes pour le fixer et empêcher qu'il ne fuie sous la pression produite de bas en haut par l'instrument de pénétration ; pour l'abaissement utérin dans un but opératoire (hystérectomie, etc.) il faut une pince à trois ou quatre griffes pour bien saisir le col (fig. 146).

L'usage courant de la pince à griffes est d'autant plus pratique dans la petite gynécologie courante que l'emploi de cet instrument ne détermine, en général, aucune douleur.

Il est bon cependant de faire remarquer que, dans le cancer, le col est extrêmement friable et que la préhension avec la pince peut déterminer une hémorragie extrêmement profuse ; la perte de sang peut être assez abondante pour inquiéter le praticien qui n'est pas prévenu de la possibilité de cette petite complication.

Les tractions doivent du reste être faites avec beaucoup de mesure pour éviter l'arrachement des tissus saisis par la pince.

2° Procédés de dilatation de l'utérus

Dilatateurs intra-utérins. — La dilatation du col utérin s'obtient

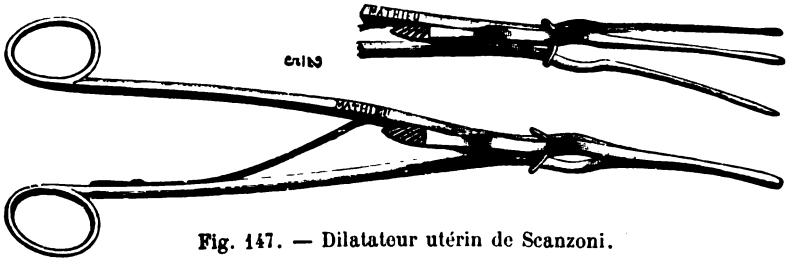


Fig. 147. — Dilatateur utérin de Scanzoni.

soit à l'aide d'instruments métalliques, soit à l'aide de tentes ou de bougies introduites dans la cavité utérine.

On a proposé un grand nombre de dilatateurs métalliques, mais nous ne leur accorderons qu'une mention sommaire, parce qu'on doit,

dans la grande majorité des cas, leur préférer l'éponge préparée où la laminaire. L'écartement des valves de ces dilatateurs se fait à l'aide

Fig. 148. — Dilatateur utérin permettant l'irrigation.

d'un petit mécanisme situé à l'extrémité du manche de l'instrument. Ces instruments ne sont vraiment utiles que pendant l'anesthésie et

Fig. 149. — Dilatateur ou divulseur à double branche de Auvard.

dans les dilatations brusques nécessaires pour enlever rapidement de la cavité utérine des débris placentaires à la suite d'un avortement

Fig. 150. — Mandrins dilatateurs de Auvard.

lorsque la malade est menacée d'une hémorragie grave. On emploiera de préférence dans ces cas un dilatateur permettant l'irrigation et le lavage (fig. 148).

Procédés de dilatation du col utérin. — La dilatation du col utérin

s'obtient plus sûrement et d'une façon plus permanente, à l'aide de bougies ordinaires, de sondes, dont on augmente graduellement le volume, ou mieux encore, à l'aide de corps doués eux-mêmes de dilatabilité, tels que l'éponge préparée ou la laminaire.

A. **Dilatation par la sonde ou les bougies**. — On peut employer des bougies ordinaires ou des sondes dont on augmente graduellement le volume. Les plus employées sont celles de Hégar et de Auvard dont on trouve dans le commerce des séries complètes (fig. 150 à 152).

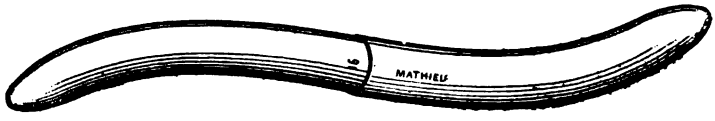


Fig. 151. — Dilatateur utérin de Hegar.

La sonde de Hégar est très utile et mérite la confiance des praticiens ; mais son emploi demande un long traitement ce qui fait qu'elle est peu employée lorsqu'il faut obtenir une dilatation rapide.

B. **Tente-éponge. Laminaire. Tupelo**. — Les corps naturellement

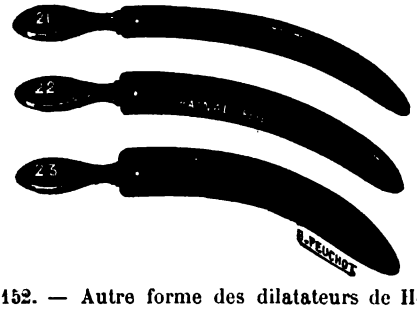


Fig. 152. — Autre forme des dilatateurs de Hégar.

dilatants et dont le volume augmente sous l'influence de l'humidité sont bien préférables, surtout au point de vue du diagnostic. Les plus

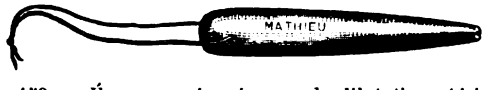


Fig. 153. — Éponge préparée pour la dilatation utérine.

employés sont l'éponge préparée (fig. 153), la laminaire (fig. 154) et le tupelo (fig. 156). Ces substances, dont l'action est lente et graduée, permettent d'obtenir sans dangers, et le plus souvent sans douleurs, la dilatation du canal cervical.

On peut préparer soi-même les éponges dilatatrices, mais nous pensons qu'il est bien préférable de les acheter toutes préparées chez les fabricants. Elles doivent avoir été imbibées d'une solution anti-

Fig. 154 et 155. - Tiges de laminaire.

septique et peuvent être médicamentées avec de l'iode, du zinc ou d'autres substances. Le fil qui est attaché à l'éponge doit la traverser dans toute sa longueur. Cette précaution est indispensable, si l'on veut éviter que l'éponge se déchire en la retirant et qu'il en reste des fragments dans la cavité utérine.

Si le col est abaissé et un peu dilaté, on peut introduire l'éponge avec une pince ordinaire sans spéculum pendant que la femme est

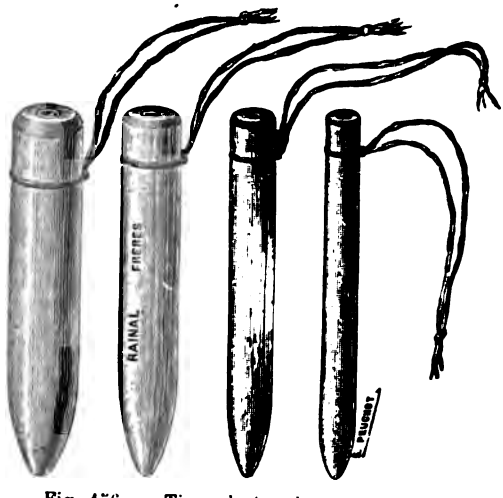


Fig. 156. — Tiges de tupelo.

dans le décubitus dorsal. Mais il est toujours préférable d'avoir recours au spéculum. Celui de Sims se prête bien mieux à cette opération que tous les autres. L'utérus doit être abaissé et maintenu avec la pince à griffes.

Il est préférable, dans la crainte que l'éponge ne se maintienne pas en place, d'appliquer un tampon d'ouate contre l'orifice du col et de prescrire le repos au lit. L'éponge se retire, après avoir séjourné de dix à vingt-quatre heures, soit en la saisissant avec la pince, soit

en tirant légèrement sur les fils. Le retrait de l'éponge donne généralement lieu à un peu d'écoulement de sang ou de mucus plus ou moins fétide ; il est alors utile de faire un lavage intra-utérin avec la sonde à double courant.

Après l'éponge préparée, il faut signaler comme corps dilatant la tige sèche de *Laminaria digitata*. Cette substance, introduite dans la thérapeutique, en 1862, par Sloan, éprouve, sous l'influence de l'humidité, une dilatation qui égale trois ou quatre fois sa dimension primitive.

La laminaire et le tupelo ont, sur l'éponge, l'avantage d'être aseptiques et de ne présenter aucune matière animale à l'absorption ; mais elles se dilatent plus lentement, se maintiennent plus difficilement dans le col et présentent une substance plus dure au contact des parois de la matrice.

L'introduction de la laminaire et du tupelo se font comme celle de l'éponge préparée. On peut employer, à cet effet, un instrument spécial désigné sous le nom de porte-laminaire.

Dangers de la tente utérine. — L'introduction de tentes dilatatrices dans la cavité utérine était autrefois considérée comme dangereuse; l'asepsie permet aujourd'hui de les employer couramment. Voici les quelques règles qui doivent présider à leur emploi :

1° Il ne faut pas faire cette opération dans son cabinet et permettre à la malade de retourner chez elle avec une tente dans l'utérus.

2° Il ne faut jamais employer la force pour introduire la tente. Si elle ne pénètre pas dans le canal cervical, il faut la retirer, en modifier la forme ou la remplacer par une plus petite.

3° La tente ne doit jamais séjourner dans l'utérus plus de vingt-quatre heures, temps que la malade doit toujours passer au lit. Lorsqu'elle est retirée il faut laver soigneusement le vagin avec un liquide désinfectant et antiseptique.

DILATATION COMPLÈTE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Procédé de Hegar. — Dans les cas où l'exploration de la cavité utérine avec le doigt est absolument nécessaire pour le diagnostic ou le traitement d'écoulements muco-purulents, Hegar conseille de pratiquer la dilatation avec des bougies solides de calibre variable, dont nous avons donné le modèle (fig. 150 et suivantes).

Procédé de Vulliet. — Vulliet a proposé un procédé de dilatation graduelle qui nous paraît préférable et plus rapide.

Pour procéder à la dilatation graduelle, il faut d'abord mettre la

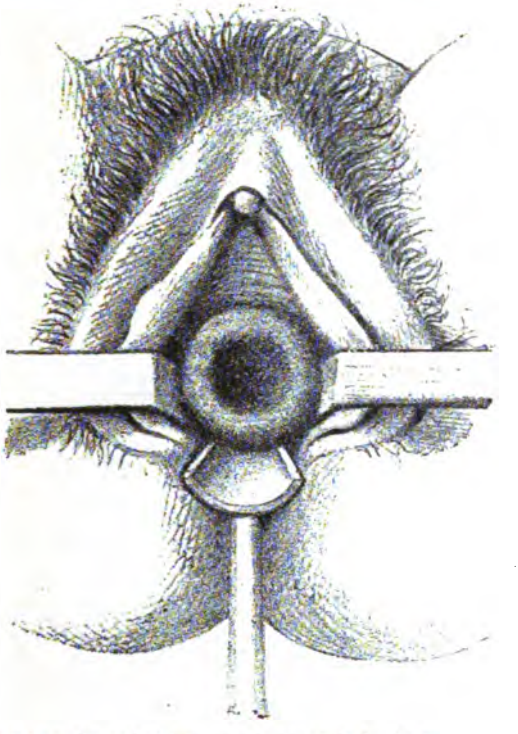


Fig. 158. — Dilatation du col utérin par le procédé de Vulliet. L'utérus amené à la vulve est complètement dilaté.

femme dans la position génu-pectorale, le siège très relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin relevés, autant que possible, avec une valve, du côté de l'anus. Puis on commence la dilatation de la matrice en introduisant d'abord soit des sondes urétrales, soit des bougies de grosseur variable, suivant l'étroitesse de canal utérin et suivant la résistance de l'organe. A l'introduction de ces instruments succède celle de petits tampons d'ouate iodoformée, dont on augmente graduellement le nombre et qu'on laisse ordinairement en place quarante-huit heures. Quelquefois pour activer et régulariser la dilatation, Vulliet s'est servi des tiges de laminaria ; il ne les laisse pas plus de vingt-quatre heures et applique immédiatement après un tamponnement iodoformé, pour annihiler les germes que la laminaria

aurait pu introduire. En procédant ainsi d'une façon régulière, on arrive, au bout d'un temps qui varie de neuf à dix jours jusqu'à cinq semaines, suivant les malades, à obtenir une dilatation complète de la matrice, ce qui permet de pénétrer facilement dans l'utérus avec le doigt.

Vulliet a employé sa méthode surtout chez des malades affectées de cancer utérin et quelquefois dans des cas de fibro-myomes. Dans les cas des cancers utérins, une fois l'utérus complètement dilaté, il

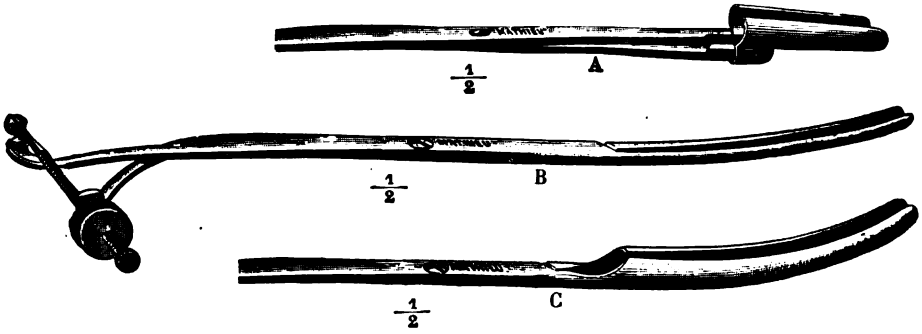


Fig. 159. — Spéculum intra-utérin de Mathieu. Dilatateur bivalve de Pajot modifié, à vis ou à anneaux avec crémaillère.

peut ainsi facilement appliquer des substances diverses sur toute

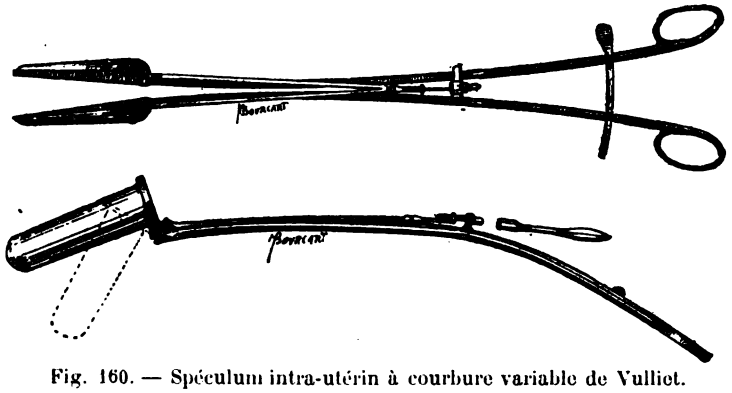


Fig. 160. — Spéculum intra-utérin à courbure variable de Vulliet.

l'étendue du cancer ou traiter le néoplasme de la façon qui lui semble la plus convenable, D'après Vulliet, la présence des tampons produirait également une action hyperplastique très favorable sur le tissu utérin, ce qui aide à combattre le néoplasme. Dans plusieurs cas où j'ai pu, grâce à cette dilatation, appliquer un traitement local énergique, j'ai obtenu des résultats remarquables dans des utérus cancéreux inopérables, il va sans dire qu'il ne s'agit pas de guérison, mais de survie.

L'état des malades s'est trouvé amélioré en ce sens que les hémorragies, les pertes fétides et l'odeur infecte ont été atténuées.

Fig. 161. — Spéculum dilatateur du col utérin.

Spéculums intra-utérins. — Une fois l'utérus dilaté par ces divers procédés on peut en pratiquer l'exploration complète non seulement avec le doigt mais encore avec le spéculum. Nous reproduisons les types les plus connus de ces instruments (fig. 158 à 161).

Les diverses méthodes de dilatation rendent les plus grands services en gynécologie ; elles sont utiles pour l'exploration et le traitement.

La dilatation constitue le premier temps du curetage que nous décrivons plus loin ; lorsqu'elle est complète elle permet l'application de topiques, l'extraction de tumeurs, etc. ; on en trouvera les applications dans le traitement de la stérilité, des polypes, du cancer, etc.

3° Le curetage et le lavage utérin

Le curetage est une opération qui consiste à extraire de la cavité

Fig. 162. — Curettes tranchantes dites de Volkmann de six grandeurs assorties.

utérine les débris morbides qu'elle contient ou à enlever la muqueuse utérine malade.

Le curetage est indiqué :

Dans certains néoplasmes malins (carcinome, sarcome) ;

Dans l'endométrite chronique ;

Dans l'endométrite puerpérale ;

Dans les suites de couches et de fausses couches, lorsque l'expulsion de l'œuf n'a pas été complète.

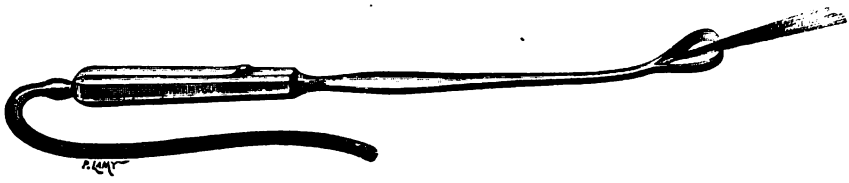


Fig. 163. — Curette à injection.

Récamier est l'inventeur de la curette. Le modèle proposé par ce chirurgien était tranchant (fig. 162) ; c'est sans doute pour cette

Fig 164. — Différentes formes de curettes.

raison que l'instrument tomba dans le discrédit d'où il n'est sorti que ongtemps plus tard.

Il y a aujourd'hui un grand nombre de variétés de curettes dont

Fig. 165. — Curette de Sims.

les extrémités variant du tranchant aigu au mousse, sont rondes, elliptiques, allongées, pleines ou fenêtrées (fig. 163, 164, 165).

Les curettes tranchantes servent à enlever les petites tumeurs ou les tissus très adhérents ; les curettes mousses sont préférables lors-

qu'il s'agit simplement d'enlever des tissus morbides peu adhérents tels que les débris placentaires.

Enfin on peut cureter avec l'ongle.

Depuis quelque temps, j'emploie une curette perforée dans toute sa

Fig. 166. — Position latérale de Sims. Le col est abaissé à la vulve pour le curetage (Byford).

longueur et permettant l'irrigation continue de la cavité utérine, pendant toute la durée de l'opération. Cet ingénieux instrument est dû à Reverdin et à Auvard (fig. 163).

Manuel opératoire. — Le curetage doit toujours être précédé d'une dilatation suffisante pour pénétrer dans la cavité avec des instruments et en effectuer ensuite le lavage avec la sonde à double courant.

La malade, anesthésiée, est placée dans le décubitus latéral ou dans le décubitus dorsal. La figure 166 représente le col abaissé à la vulve dans la position latérale; la figure 167 représente la malade dans la position dorsale la plus employée en France.

On remarquera dans cette photogravure, prise dans la salle d'opérations d'une des meilleures cliniques privées de Paris, que la vulve est déprimée par une valve à laquelle est suspendu un poids ; c'est la valve automatique de Nitot qui est très utile (fig. 169 et 170) ; elle abaisse fortement le périnée et remplace un aide.

Comme le curetage est une opération fort simple qu'on pratique souvent en ville, il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition une table spéciale comme pour les laparotomies. Il suffit d'avoir à sa disposition

l'entrave ou écarteur gynécologique dont je recommande l'emploi (fig. 168) pour éviter les aides.

Le col, étant abaissé à la vulve et bien maintenu avec une pince à

Fig. 167. — Position de la malade pour le curetage ; la valve de Nitot est en place.

griffes, tenue de la main gauche, l'opérateur introduit alors la curette avec la main droite, après lui avoir donné la courbe nécessaire, puis on la fait glisser sur la muqueuse.

Il faut alors se rendre compte des sensations éprouvées ; elles sont de deux sortes : 1° *la résistance rencontrée ;* 2° *le bruit perçu.*

Le raclage de masses molles et morbides communique à la main des vibrations faibles ; celui des tissus sains transmet une sorte de crépitation perceptible par l'ouïe.

On recueillera avec soin les débris détachés pour les examiner après l'opération soit à l'œil nu, soit au microscope. Il ne faut pas oublier que le curetage est souvent une opération exploratrice.

Lavage de l'utérus. — L'opération est complétée par un lavage de l'utérus avec une solution antiseptique faible (sublimé ou permanganate de potasse à 1 p. 10.000). On emploiera de préférence pour cet

Fig. 168. — Écarteur gynécologique.

usage une sonde dilatatrice à double courant (fig. 171 et 172) ; l'instrument est introduit fermé ; on ouvre lentement les branches pour faciliter le retour du liquide et nettoyer complètement la cavité utérine des débris de muqueuse qu'elle contient encore.

Lorsque le liquide ressort très propre on sèche la cavité avec un tampon de ouate ou de gaze et l'opération est terminée.

J'ai l'habitude de laisser pendant vingt-quatre heures une lanière de gaze iodoformée dans l'utérus pour en assurer le drainage.

Cautérisation après le curetage. — Il est utile, surtout dans le curetage pratiqué pour la guérison de l'endométrite, de cautériser l'intérieur de la cavité. J'emploie pour cet usage une solution de créosote de hêtre dans la glycérine à 1/10 ; le liquide caustique est porté à l'aide d'une pince ou d'un petit porte-coton (fig. 174) ; il faut faire, immédiatement après, un lavage pour protéger les parois vaginales.

Ecouvillonnage. — Playfair a proposé depuis longtemps le nettoyage de la cavité utérine avec un écouvillon formé de coton monté

sur un instrument spécial. Plus récemment, M. Doléris a proposé

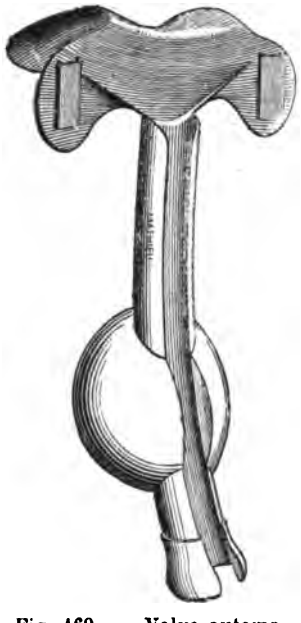


Fig. 169. — Valve automatique de Auvard.

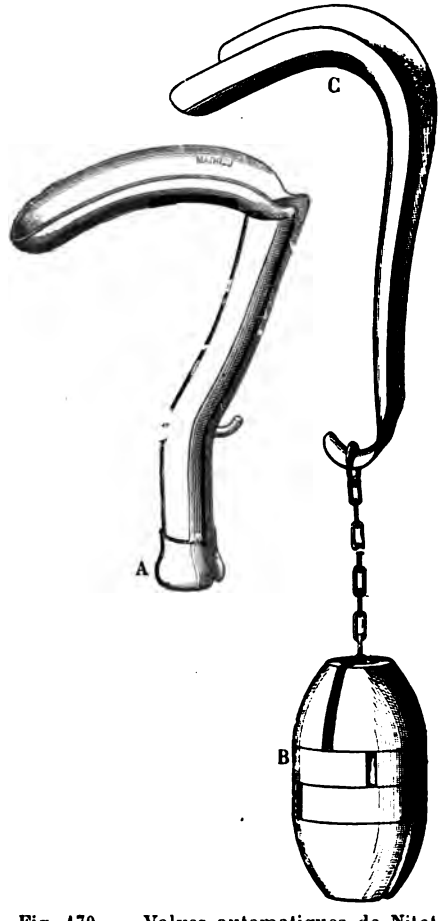


Fig. 170. — Valves automatiques de Nitot avec poids indépendant.

pour cet usage, une brosse en crins analogue à celle qui sert à net-

Fig. 171. — Pince dilatatrice pour le lavage intra-utérin (modèle Mathieu).

toyer les verres de lampes (fig. 173). Cet instrument ne peut que faire disparaître les produits morbides déjà détachés; à ce titre il peut constituer le complément du curetage.

Indications du curetage. — C'est surtout dans le traitement de

Fig. 172. — Pince dilatatrice de Reverdin pour le lavage intra-utérin.

l'endométrite chronique que le curetage peut rendre les plus grands services en tant que médication curative.

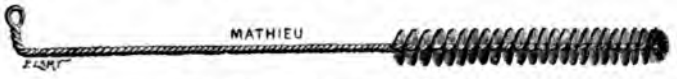


Fig. 173 — Écouvillon de Doléris.

Associé à la dilatation utérine par la méthode de Vulliet, il constitue

Fig. 174. — Porte-coton et porte-caustique.

un des meilleurs traitements palliatifs qu'on puisse opposer au carcinome utérin.

Nous reviendrons sur les indications en traitant chacune de ces affections.

4° Le massage des organes pelviens

Le massage, appliqué aux organes pelviens, est encore aujourd'hui considéré par quelques gynécologues comme une manœuvre indigne de la profession médicale et les premiers travaux publiés par Brand, Norstrom ont été l'objet des critiques les plus vives.

J'ai pensé cependant qu'il ne fallait pas juger de *parti pris*. Quoiqu'un peu surpris par la hardiesse d'une méthode qui consistait à appliquer à des organes délicats et profondément situés un traitement qui avait appartenu jusqu'aujourd'hui au domaine des empi-

riques, j'ai voulu voir de plus près. Puisque le massage est reconnu utile pour faire disparaître les exsudats articulaires, pourquoi ne pourrait-il pas rendre des services dans le traitement des ankyloses utérines ?

Encouragé du reste dans cette voie par l'exemple de gynécologues autorisés (Schultze, d'Iéna ; Vulliet, de Genève), j'ai fait, d'abord timidement, quelques tentatives sur des malades atteints de déplacements utérins irréductibles. Les premiers résultats m'ont satisfait et, après une expérience déjà longue, je suis à même d'affirmer que le massage peut rendre les plus grands services dans la thérapeutique gynécologique et qu'il mérite, à ce titre, d'être décrit dans un *manuel* où les méthodes ne doivent figurer que lorsqu'elles ont conquis la sanction de l'expérience.

Le massage des organes pelviens peut et doit être pratiqué de deux manières : le massage externe et le massage interne ou massage utérin proprement dit.

A. **Massage externe ou massage de la paroi abdominale.** — La malade sera placée sur un lit, une chaise longue ou un siège gynécologique, facilement abordable par l'opérateur des deux côtés.

La vessie et le rectum seront vidés.

Le décubitus dorsal ordinaire, employé pour l'examen au spéculum, est la meilleure position.

Les ongles de l'opérateur étant taillés, ses mains, très propres et enduites d'un corps gras, sont appliquées sur la paroi abdominale de façon à exercer une pression lente avec les faces palmaires des phalanges. Ces pressions doivent être graduelles et mesurées jusqu'à ce que l'opérateur puisse arriver, en déprimant la paroi abdominale, à sentir l'aorte et la colonne vertébrale.

Ce résultat ne peut souvent être atteint qu'après de nombreuses séances surtout chez les femmes obèses. Mais la malaxation répétée et systématique de l'abdomen a toujours pour résultat de diminuer l'accumulation du tissu adipeux dans l'épiploon et la paroi abdominale.

Le massage externe ne doit du reste être considéré que comme une manœuvre préparatoire au massage interne. Il réduit le tissu adipeux et les exsudats et assouplit les parois de l'abdomen.

B. **Massage interne ou utérin.** — Ce massage est à proprement parler une manipulation mixte qui présente la plus grande analogie

avec la palpation bimanuelle que nous avons décrite en parlant des postures.

Voici comment il est décrit par Norstrom.

La malade, après avoir vidé sa vessie et son rectum se place dans le décubitus dorsal, sur un meuble *ad hoc*, la tête relevée, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. On lui recom-

Fig. 175. — Massage utérin. Position des doigts.

mande de respirer librement, sans effort ; il est bon, autant que possible, de détourner l'attention, de distraire, pour favoriser le relâchement des muscles de la paroi abdominale. Après avoir fait écarter les jambes, le masseur se place à gauche de la patiente, introduit, quand il le peut, l'index et le médius de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin, de manière à soutenir la paroi antérieure de l'utérus, tandis qu'à travers la paroi abdominale il saisit le corps, sur lequel il exerce des pressions légères au début, un peu plus fortes dans la suite. En cas de déplacement, il faut, autant que possible, redresser l'organe ; les doigts placés dans le vagin le maintiendront solidement, autrement il pourrait glisser, ce qui est très douloureux pour la patiente.

Il est quelquefois utile de presser l'utérus contre la face postérieure du pubis ; c'est une façon d'exercer un massage énergique et efficace ; la vessie vide ne gêne pas et n'expose à aucun accident.

Il faut s'abstenir si l'organe était fixé par des adhérences anciennes, très solides et comme enchatonné dans le bassin, il faudrait éviter les tentatives pour le libérer ; en rompant les attaches, on provoquerait des hémorragies et, selon toute probabilité, des métro-péritonites graves. L'utérus doit être massé sur place ; on déprime assez la paroi abdominale pour l'atteindre ; inutile de dire que la patience et la persévérance sont indispensables. Les précautions suivantes rendront le massage plus tolérable et plus facile :

1° Graduez, comme nous l'avons dit, les pressions sur le corps utérin quand vous l'aurez saisi ;

2° Afin de bien le saisir, profitez de l'expiration pour enfoncer la main par la paroi et vous rapprocher de lui ; conservez, lors de l'inspiration, ce qui est gagné et enfoncez un peu plus à l'expiration nouvelle ;

3° Evitez d'augmenter, par une manœuvre brusque, l'impression pénible éprouvée par la malade lorsque l'utérus est saisi à travers la paroi ; attendez un peu avant d'exercer les pressions. La pression produit quelquefois des douleurs par irradiation et par voie réflexe dans les flancs, les lombes, la région ano-périnéale, l'épigastre ;

4° Accordez toute votre attention à bien maintenir l'utérus, c'est facile quand il est volumineux et mou ; c'est très difficile lorsqu'il est petit, sphéroïdal et dur ; il glisse alors avec une facilité extrême d'un côté ou de l'autre.

Les principales difficultés qu'on rencontre tiennent :

1° A l'extrême sensibilité générale et à celle de la paroi abdominale ;

2° A l'embonpoint et au météorisme ;

3° Aux déviations et aux déplacements ;

4° A la présence des hernies mal contenues ;

5° A l'étroitesse du vagin.

Celles des trois premières catégories sont relatives ; avec de l'habileté et de la persévérance de la part du praticien, la tolérance s'établit, et le procédé peut être pratiqué dans son intégralité. Il suffit, pour cela, de masser la paroi abdominale pendant quelque temps, de manière à l'habituer au contact de la main. Brandt a parlé de massage utérin par cette paroi seule ; il a aussi proposé de soutenir la matrice à l'aide d'un doigt placé dans le rectum.

En cas d'étroitesse du vagin, on introduit un seul doigt recourbé en crochet, au lieu de deux ; les poussées aiguës et subaiguës, les métro-péritonites représentent des exceptions qui n'arrivent guère

qu'entre les mains de praticiens novices, agissant avec plus d'énergie que de mesure. Elles peuvent résulter encore de l'indocillité et d'imprudences des malades.

Il n'existe que trois contre-indications absolues : la virginité, l'inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus et de ses annexes, la grossesse. Nous en avons vu débuter pendant le traitement et suivre leur cours ; il ne faut pas compter là-dessus. Dès qu'une période retarde ou fait défaut, la suspension est indispensable.

Applications du massage. — C'est surtout dans les déplacements utérins résultant d'adhérences consécutives à des pelvi-péritonites que le massage utéro-abdominal donne des résultats satisfaisants. Il a encore été appliqué avec succès contre le prolapsus. De toutes façons, il agit d'une façon favorable en réduisant les tissus adipeux et en augmentant la mobilité des organes contenus dans le pelvis.

QUATRIÈME PARTIE

MALADIE DE LA VULVE, DE LA VESSIE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA VULVE

GÉNÉRALITÉS. — CLASSIFICATIONS

La région anatomique désignée sous le nom générique de *vulve* comprend un grand nombre de parties n'ayant entre elles que des rapports de voisinage sans aucune analogie de structure. C'est ainsi qu'on y trouve une surface cutanée, une surface muqueuse; des replis cutanés et muqueux; les grandes lèvres, les petites lèvres et l'hymen; un organe indépendant, le clitoris; enfin, à la vulve débouchent divers canaux : le méat urinaire et les conduits des glandes de Bartholin.

La variété des organes et des tissus donne lieu à des affections nombreuses et présentant des caractères bien différents; il y a d'abord :

1° L'inflammation simple de la muqueuse qu'on observe souvent chez les enfants;

2° Puis la vulvite infectieuse ou blennorrhagique;

3° Enfin l'inflammation limitée à la glande de Bartholin et à ses conduits (bartholinite).

Viennent ensuite les maladies qui affectent plus particulièrement la surface cutanée de la vulve et qui présentent des caractères spéciaux; ce sont :

4° Les maladies cutanées et parasitaires.

A côté des maladies cutanées bénignes s'observent des modifica-

tions de structure plus graves et caractérisées par une destruction profonde des tissus ;

5° L'esthiomène ;

6° Le cancer ;

7° Le kraurosis ;

8° La leucoplasie vulvaire.

La vulve est également le siège de tumeurs appartenant à des genres très divers ; on a observé :

9° L'hématome ou thrombus ;

10° Les tumeurs érectiles ;

11° Les kystes de la vulve ;

12° L'éléphantiasis et le lipome vulvaires ;

13° Les végétations.

14° Le clitoris et les petites lèvres peuvent être l'objet de tumeurs ou le siège d'hypertrophie anormale.

15° Enfin l'orifice vulvaire peut faire défaut et constituer l'anomalie désignée sous le nom d'*atrésie de la vulve*.

C'est dans cet ordre que nous étudierons les maladies de la vulve.

§ 1. — Vulvite simple ; Vulvite folliculeuse.

On désigne, sous ce nom, l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la vulve. Affectant la totalité de cette membrane, et la surface couverte par l'épithélium et les glandes comprises dans son épaisseur, le processus inflammatoire gagne quelquefois, à travers le tissu sous-muqueux, les parties sous-jacentes déterminant ainsi de la tuméfaction, de la douleur, quelquefois même de la suppuration.

Les surfaces cutanée et muqueuse qui tapissent la vulve et plus particulièrement celles qui recouvrent les grandes, les petites lèvres et le vestibule sont parsemées de nombreux follicules mucipares, sébacés ou pileux qui, faisant partie intégrante de la muqueuse, peuvent être l'objet d'un processus inflammatoire ; on donne alors à cette affection le nom de vulvite folliculeuse simple ou de folliculite vulvaire.

Une seule de ces espèces de glandes ou toutes ensemble peuvent être prises, et des auteurs ont donné des noms spéciaux à ces variétés ; la liste qui les comprendrait serait longue. On peut citer comme exemple les vulvites *papillaire*, *érythémateuse*, *sébacée*, *granuleuse*, *blennorrhagique*, etc.

Etiologie. — Cette forme de vulvite reconnaît habituellement pour

causes, la grossesse, le défaut de propreté, la vaginite et les différentes exanthèmes et éruptions de la vulve. Elle est souvent la conséquence d'un coït infectieux (vulvite blennorrhagique). Dans ce cas, elle peut être due à l'extension à la vulve d'une vaginite infectieuse.

Dans beaucoup de cas la vulvite simple reconnaît pour cause le traumatisme consécutif aux premiers rapports sexuels. C'est la *vulvite traumatique* des jeunes mariées.

Symptomatologie. — Les malades éprouvent une sensation de brûlure, de démangeaison et de chaleur dans la vulve, avec augmenta-

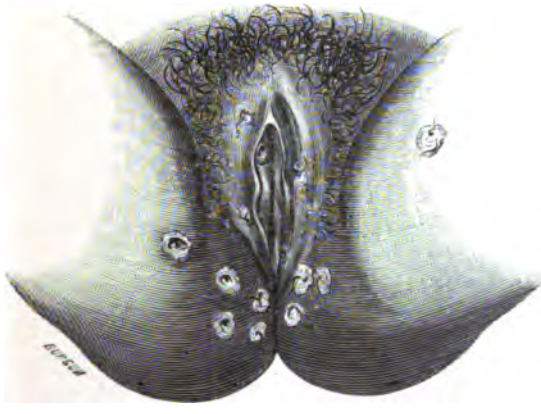


Fig. 176. — Folliculite pilo-sébacée de la vulve compliqué de chancres mous (Gouguenheim).

tion de la sécrétion glandulaire. Parfois la sécrétion est d'une nature nocive et très irritante. L'urètre s'enflamme souvent à son extrémité vulvaire ; on observe alors de vives douleurs pendant le coït et la miction.

Si les follicules mucipares sont surtout affectés, la muqueuse présente de légères élevures d'un rouge intense. On les trouvera le plus ordinairement sur les bords des colonnes inférieures du vagin, les petites lèvres et les caroncules. Elles ressemblent quelquefois aux papilles gonflées de la langue et saignent au moindre contact.

Si la maladie affecte surtout les glandes sébacées et pileuses, on trouve de petites papilles rouges et arrondies sur la surface des grandes et des petites lèvres et à la base du prépuce du clitoris. Au bout de quelque temps une goutte de pus apparaît au sommet de chacune d'elles ; elle est bientôt évacuée, et le follicule diminue de volume. Au-dessous des grandes lèvres, on trouve généralement une

masse semi-fluide de sécrétion nocive, qui, si on ne l'enlève soigneusement, cache les follicules sous-jacents.

La vulvite folliculeuse peut coïncider avec les accidents vénériens et notamment avec le chancre mou (fig. 176).

Marche et durée. — La vulvite folliculeuse peut se prolonger pendant longtemps, surtout si elle se présente pendant la grossesse et si les causes qui l'ont engendrée persistent. Elle se complique souvent d'urétrite et de vaginite, lorsqu'elle n'est pas convenablement traitée.

Traitement. — Si l'inflammation est très aiguë, la malade doit garder le lit et être soumise à une diète légère ; on fera constamment des applications réfrigérantes et émollientes sur la partie enflammée, et on observera une propreté scrupuleuse. Il faut laver les parties avec de l'eau boriquée tiède et prendre des bains de siège prolongés. On peut ajouter avec avantage une solution d'acétate de plomb additionnée de laudanum. Dès que l'état aigu est passé on appliquera, entre les grandes lèvres, des bourdonnets d'ouate imbibés d'une solution ainsi composée :

Acétate de plomb.	2 gr.
Sulfate de zinc	2 —
Laudanum de Sydenham	4 —
Eau	250 —

On peut encore appliquer localement des compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1 p. 1000.

A une période encore plus avancée, on badigeonnera la surface malade, plusieurs fois par jour, avec une solution composée d'une partie de persulfate de fer pour huit de glycérine. Si ce traitement ne fait pas disparaître la maladie, il faut badigeonner la vulve, une fois toutes les vingt-quatre heures, avec une solution de nitrate d'argent au centième, saupoudrer les parties d'iodoforme, de lycopode, de bismuth ou d'amidon.

Il importe également d'isoler les petites lèvres avec des petits bourdonnets d'ouate hydrophile saupoudrés d'iodoforme. Ces petits pansements isolants sont très utiles en absorbant les sécrétions et en empêchant les frottements ; on les renouvellera après chaque miction.

La vulvite chronique, surtout celle qui occupe les glandes et les follicules est assez difficile à combattre ; le pus se localisant dans le follicule même trouve un refuge où on ne peut l'atteindre aisément. Dans certains cas il faut cautériser isolément chaque follicule avec la

pointe du thermo ou du galvano-cautère ; lorsque les glandes sont hypertrophiées il est parfois nécessaire d'en pratiquer l'excision si l'on veut obtenir la guérison.

VULVITE DES PETITES FILLES

Il y a lieu de mentionner spécialement le catarrhe vulvaire des petites filles qui est fréquent et qui présente une certaine importance en médecine légale.

Il arrive assez souvent, en effet, que des mères font porter de graves accusations contre des individus qu'elles accusent d'avoir contaminé leurs enfants ; des instructions sont ouvertes et des médecins chargés d'examiner légalement les malades.

Il importe donc de savoir :

1° Que, chez les enfants lymphatiques et malpropres, une vulvite intense peut survenir *spontanément* par la simple altération du smegma ; on peut même observer à la suite de ces vulvites sans gonocoques des ulcérations et des érosions.

2° Que, même lorsqu'il existe des gonocoques, ceux-ci n'ont pas été nécessairement introduits par des attouchements, des rapprochements ou des tentatives de rapprochement sexuel ; il est aujourd'hui démontré que le gonocoque peut s'introduire dans la vulve par des voies extra-sexuelles.

Le médecin appelé à faire un examen médico-légal ne devra donc pas conclure, sans autres preuves, au viol et à la contagion.

Le traitement de la vulvite des petites filles ne présente pas d'indications spéciales. On insistera sur les soins de propreté et on instituera un traitement général reconstituant chez les enfants lymphatiques.

§ 2. — Vulvite blennorrhagique.

Caractérisée par la présence du gonocoque, la vulvite blennorrhagique ne présente pas de caractères cliniques qui la différencient de la vulvite aiguë non infectieuse.

Le plus souvent cependant le médecin arrive à la soupçonner avant même que l'examen bactériologique ait permis la certitude par les signes suivants :

La douleur et l'inflammation sont plus intenses.

Les phénomènes inflammatoires sont rarement limités à la vulve et s'étendent rapidement au vagin, à l'urètre et même à la vessie.

Le méat urinaire est gonflé et d'un rouge vif; la miction est fréquente et douloureuse.

Il y a presque toujours de l'adénite inguinale.

Le toucher vaginal est extrêmement douloureux quelle que soit la douceur et le soin qu'on y apporte.

Tels sont les phénomènes de la période aiguë qui dure de cinq à

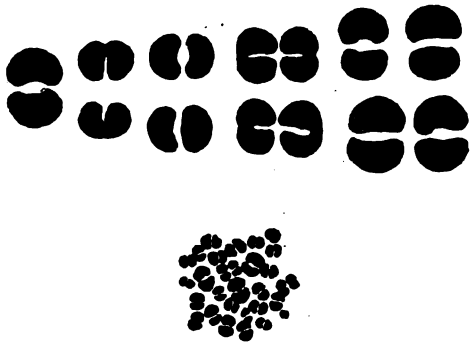


Fig. 177. — Forme et développement des gonocoïques (Bumm.)

dix jours ; plus tard, dans la période sub-aiguë ou chronique, le doigt introduit dans le vagin et pressant sur l'urètre fait sourdre une ou deux gouttes de pus épais.

Quoique ces caractères appartiennent plus particulièrement à la vulvite gonorrhéique, il est bon de savoir qu'ils ne sont pas pathognomoniques et peuvent également être observés dans des cas où le gonocoque est absent ; il existe en effet d'autres microbes pathogènes non virulents qui peuvent simuler la blennorrhagie.

Il est également permis de dire que les complications (bartholinites, cystites, métrites, salpingites) sont plus fréquentes à la suite de la vulvite gonorrhéique.

Le *traitement* ne présente aucune particularité ; il est reconnu en effet que les balsamiques, si utiles dans la gonorrhée de l'homme, sont sans effet chez la femme. On emploiera cependant de préférence les lotions de sublimé et de permanganate de potasse à 1 p. 10 000.

§ 3. — **Abcès des glandes vulvo-vaginales** (Bartholinite).

Les glandes vulvo-vaginales sont souvent atteintes par une inflammation aiguë et infectieuse qui se termine le plus souvent par la

suppuration de leur parenchyme (abcès parenchymateux) ou des glandules qui les composent (fig. 178).

Étiologie. — Cette inflammation reconnaît pour cause la malpropreté, l'abus du coït, la vaginite, la blennorrhagie ou la grossesse.

Symptomatologie. — Les malades éprouvent d'abord une sensation

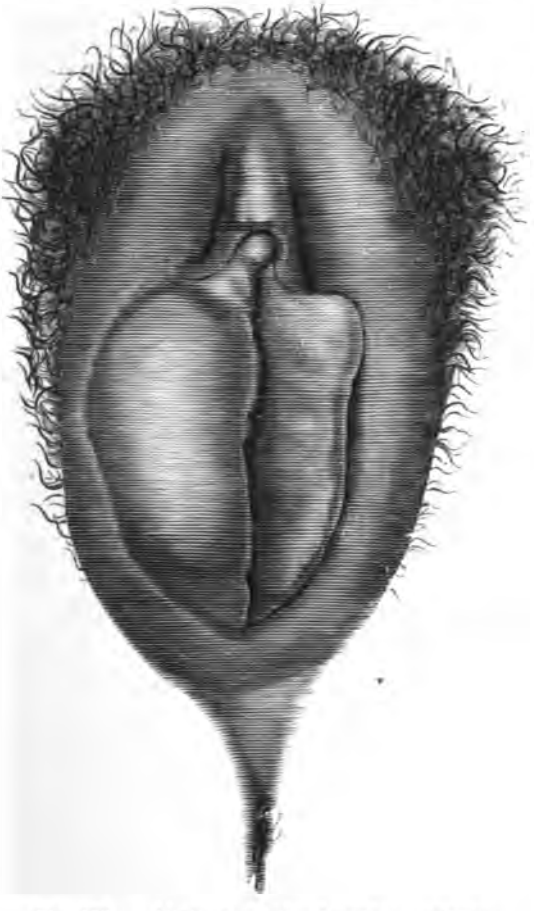


Fig. 178. — Abcès de la glande vulvo-vaginale.

de chaleur, des démangeaisons et des cuissons à la vulve. On observe bientôt une tuméfaction de la grande lèvre qui peut acquérir un volume variable, mais les phénomènes ne s'étendent que très peu aux parties voisines. La tumeur formée par l'abcès est sensible au toucher,

elle est le siège d'une douleur qui est encore exaspérée par la marche.

Dans l'abcès glanduleux, le pus est séparé en autant de petits foyers qu'il y a de glandules enflammées. La tuméfaction et la douleur sont moindres que dans l'abcès parenchymateux, la fluctuation est moins manifeste. L'ouverture spontanée de l'abcès glanduleux a lieu par plusieurs petits points et par l'orifice du conduit excréteur.

Lorsque l'inflammation de la glande vulvo-vaginale passe à l'état chronique, la tuméfaction diminue et la douleur disparaît. La maladie est alors caractérisée par l'existence, dans la grande lèvre, d'une petite tumeur qui devient plus volumineuse et plus douloureuse pendant le coït et pendant l'époque menstruelle. On observe également une hypersecrétion et une altération du liquide sécrété qui, au lieu d'être clair et filant, devient opaque, laiteux ou purulent.

Marche, terminaison. — Cette affection se termine habituellement par la guérison, et les complications sont très rares. Elles consistent dans la persistance de fistules vulvo-vaginales et la formation de décollements s'observent surtout à la suite de ces abcès qui récidivent avec une assez grande facilité.

Traitement. — Il faut appliquer sur la vulve des lotions émollientes et aseptiques, prescrire le repos jusqu'à ce que la suppuration ait lieu. Alors, si la douleur est vive, il faut évacuer le pus qui s'est accumulé près de l'orifice de la glande, ou en tout autre point où la fluctuation est le plus manifeste. On a conseillé dans les cas où le retour fréquent du processus morbide ne permet pas d'obtenir un soulagement durable, de pratiquer l'extirpation de la glande. A cet effet on pratique une incision au point d'union des grandes et petites lèvres, on saisit la glande avec une pince et on la dissèque avec les ciseaux ou le bistouri. Cette petite opération est sans danger.

ŒDÈME ET INFLAMMATION PHLEGMONEUSE DES GRANDES LÈVRES

A côté de l'inflammation des glandes vulvo-vaginales, il convient de signaler les inflammations phlegmoneuses plus étendues qui peuvent atteindre les grandes lèvres. Les tissus cellulaires qui forment, en grande partie, la masse des grandes lèvres sont fréquemment le siège d'inflammation et d'abcès. La maladie est produite par des sécrétions vaginales irritantes, par la vulvite, par des lésions

directes, par cet état particulier du sang et des tissus qui détermine le développement de furoncles et d'anthrax.

Elle peut être également produite par des accidents vénériens dont il faut toujours rechercher l'existence dans les replis vulvaires (plaques muqueuses, chancres, etc., fig. 179).

Symptomatologie. — Dans la première période, il y a une conges-

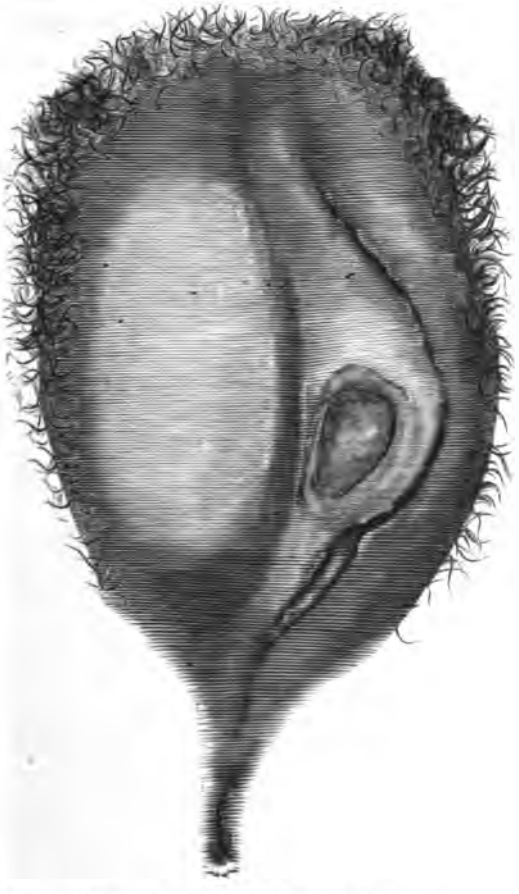


Fig. 179. — Chancre induré de la vulve déterminant l'œdème.

tion active qui produit, dans la seconde, de l'induration et de la tension par suite de l'épanchement du plasma sanguin dans le tissu cellulaire. La troisième période consiste dans l'affaissement de cette masse par suppuration et formation d'un abcès. Le pus ainsi produit

est d'ordinaire assez fétide à cause de la proximité du rectum et de la vulve. On y trouvera souvent des gonocoques.

Le diagnostic est d'ordinaire très facile. L'attention est attirée sur les parties par la chaleur, la douleur, les battements, la difficulté des mouvements, la sensibilité à la pression. L'exploration physique montre une des lèvres très gonflée, très dure et très sensible. Bien qu'il soit, en général, facile de distinguer cette maladie, il faut toujours avoir soin de la différencier d'une hernie labiale, d'un déplacement de l'ovaire, d'une hématocèle des grandes lèvres, d'un œdème des grandes lèvres, de la vulvite, etc.

Traitement. — Le traitement doit consister, pendant la première période, en applications de lotions froides antiseptiques et sédatives, diète, purgatifs salins, repos complet.

Dans la seconde période, la suppuration, devenue inévitable, doit être activée par des lotions émollientes aseptiques, et dès que le pus se découvre distinctement, il faut l'évacuer avec le bistouri ou par une ponction.

§ 4. — Maladies cutanées et parasitaires de la vulve.

La peau et la muqueuse de la vulve peuvent être le siège des affections cutanées et parasitaires qu'on rencontre dans les autres régions analogues de l'économie. Mais la situation spéciale des organes génitaux de la femme donne à quelques-unes de ces affections un caractère particulier qui doit être signalé dans un ouvrage de gynécologie.

Nous décrirons donc les affections cutanées et parasitaires qu'on rencontre le plus souvent à la vulve ; parmi celles-ci, il en est une qui mérite d'attirer plus particulièrement notre attention. C'est le prurigo et le prurit de la vulve. Nous parlerons ensuite de l'herpès, de l'eczéma, de l'acné et du muguet.

PRURIT DE LA VULVE

On décrit généralement sous le nom de prurigo une éruption cutanée caractérisée par des papules peu saillantes et à peu près de même couleur que la peau, produisant une démangeaison très vive et quelquefois insupportable. Le *prurit vulvaire* est presque toujours la conséquence du prurigo, ce qui nous a décidé à réunir la description

de ces deux états morbides qui coïncident dans la grande majorité des cas, l'un étant presque toujours la conséquence de l'autre.

Étiologie. — Le prurit de la vulve est presque toujours symptomatique d'états divers dont il dépend ou auxquels il est associé. Dans quelques cas, les malades sont goutteuses ou diabétiques, le sang amène à chaque organe des éléments irritants ; la douleur a certains points d'élection, la vulve en est un. Dans d'autres, le col utérin est congestionné, et l'écoulement qui résulte de cet état paraît être la cause du prurit. Enfin le prurit est le plus souvent lié au prurigo ou à toute autre maladie cutanée ou parasitaire : eczéma, herpès, gale, *pediculi*, etc. ; d'après Barnes il est quelquefois symptomatique du cancer de la matrice ; mes observations personnelles confirment cette opération.

La plupart des auteurs admettent néanmoins un *prurit idiopathique*, dans lequel on ne peut rattacher la démangeaison à aucune lésion locale ou circonvoisine. C'est un trouble essentiellement nerveux qui se rencontre plus fréquemment pendant et après la ménopause qu'aux autres périodes de la vie.

Le prurit vulvaire idiopathique siège ordinairement aux petites lèvres, à la face interne des grandes et au clitoris. Il s'étend parfois à la fourchette, au périnée et à l'anus. Souvent la muqueuse et la peau ne présentent pas d'altérations appréciables ; elles sont seulement un peu plus rugueuses qu'à l'ordinaire, parfois d'une teinte plus foncée qu'à l'état normal. L'affection est surtout caractérisée par des démangeaisons d'une violence extrême, se manifestant tantôt d'une manière continue, tantôt revenant par accès pendant ou après la marche, mais principalement à la suite d'une excitation quelconque des organes génitaux. C'est surtout pendant la nuit que la maladie atteint un maximum d'intensité, ce qu'il faut sans doute attribuer à la chaleur du lit ou au décubitus dorsal. Chaque accès débute par un peu de picotement ou de chaleur, puis survient une démangeaison souvent atroce qui porte les malades à des attouchements violents et qui produit une vive congestion de la face et parfois de véritables crises nerveuses.

Le prurit vulvaire idiopathique est rare pendant l'enfance et la jeunesse ; il est presque toujours aggravé au moment des règles et pendant la grossesse ; mais, comme nous l'avons dit, il coïncide presque toujours avec un certain degré de purigo.

Traitement. — Pour le prurit symptomatique on recherchera avant

tout la cause occcasionnelle et on la combattra par un traitement approprié. Il faut toujours penser au diabète.

Le traitement du prurit idiopathique est assez varié. On emploie surtout des lotions avec la solution chaude de sublimé, avec des solutions de sel marin, du sulfate de zinc, du sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, etc. L'hydrothérapie, les bains sulfureux ont été conseillés.

On a mis en usage une foule de traitements internes qui ont rarement donné des résultats ; on a successivement préconisé les purgatifs, les anti-spasmodiques, les narcotiques, le sulfate de quinine, etc. Dans tous les cas le traitement interne ne doit être considéré que comme un adjuvant du traitement local.

HERPÈS DE LA VULVE

L'herpès vulvaire a généralement pour siège le bord interne des grandes lèvres. Il se manifeste surtout chez les individus atteints de la diathèse herpétique, mais il survient fréquemment à la suite du défaut de propreté ou au contact de matières irritantes qui s'écoulent du vagin. Chez certaines femmes, l'herpès vulvaire précède ou accompagne la période menstruelle ; chez d'autres, il survient dans le cours des affections fébriles comme l'*herpès labialis*. L'herpès vulvaire est du reste très bénin et guérit spontanément. Il convient cependant de combattre la diathèse chez les individus chez lesquels cette affection récidive fréquemment.

ECZÉMA DE LA VULVE

L'eczéma produit à la vulve une légère tuméfaction des grandes et des petites lèvres ; il s'étend le plus souvent aux parties voisines et surtout à la muqueuse vaginale ; il coïncide souvent avec une affection siégeant sur le ventre, les cuisses ou l'anus et qui a été le point de départ de l'éruption vulvaire.

L'eczéma provoque des démangeaisons très vives à la vulve qui poussent les malades à se gratter quelquefois jusqu'au sang ; chez les enfants, il peut devenir l'occasion d'habitude d'onanisme. Le traitement de l'eczéma vulvaire ne présente aucune particularité digne d'être signalée.

ACNÉ DE LA VULVE. — FOLLICULITE VULVAIRE DE HUGUIER

Il est une forme d'acné qui siège particulièrement à la vulve et qui

constitue l'affection décrite par Huguier sous les noms de *folliculite vulvaire*. C'est également cette variété que Bazin désignait sous le nom d'*acné varioliforme*.

L'inflammation des follicules sébacés et pilifères de la vulve se développe surtout chez les femmes scrofuleuses et, d'après Bazin, plus particulièrement chez les femmes brunes. Parmi les causes prédisposantes et occasionnelles, il faut citer la gestation, la malpropreté, les frictions intempestives et aussi la blennorrhagie.

Huguier qui a donné une très bonne description de cette affection reconnait trois périodes : une période d'*éruption*, une de *suppuration* et une de *déclin*. La première période est annoncée par un prurit et une excitation particulière des organes génitaux, bientôt suivie d'une éruption, de petits points rouges arrondis qui apparaissent successivement sur les grandes et petites lèvres. Dans la seconde période, ces points deviennent plus saillants et forment de véritables pustules qui se rompent d'elles-mêmes ou que les malades déchirent en les grattant. Dans la troisième période, la sécrétion morbide est moins abondante, les follicules deviennent moins saillants, se dessèchent, puis finissent par disparaitre ou par passer à l'état d'induration. Dans quelques cas les follicules enflammés sont remplacés par de petites ulcérations qui persistent pendant plusieurs jours.

La folliculite vulvaire étant souvent une manifestation du lymphatisme, on la combattra par une médication générale appropriée. Pour le traitement local, on emploiera les lotions astringentes et alcalines. Huguier, qui considérait ces moyens comme insuffisants, a conseillé de pratiquer l'excision des follicules malades. Ce traitement pourra être employé ; mais on aura soin de pratiquer des incisions très superficielles de manière à n'enlever que la portion d'épiderme, qui emprisonne le liquide sécrété. On cautérisera ensuite la plaie avec le crayon de nitrate d'argent. Nous avons donné ces indications en traitant de la vulvite simple.

MUGUET

Nous avons vu qu'un grand nombre de parasites, les *pediculi*, les oxyures vermiculaires, étaient souvent le point de départ du prurit vulvaire. D'autres parasites qui siègent habituellement dans le vagin peuvent également se rencontrer à la vulve, tels sont les bactéries, les vibrions, le *lepthotrix vaginalis* et le *trichomonas vaginalis ;* mais le seul parasite végétal qui puisse être le point de départ d'ac-

cidents notables est l'*oïdium albicans* qui, comme on le sait, est le parasite du muguet.

L'oïdium albicans apparaît quelquefois sur la muqueuse vulvaire chez les enfants scrofuleux et cachectiques et chez ceux qui sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques ; mais le muguet de la vulve n'est jamais primitif, il est toujours consécutif à une lésion analogue de la muqueuse buccale. Le muguet vulvaire ne présente par lui-même aucune gravité ; mais il est toujours l'indice d'un état général peu satisfaisant. Le traitement est le même que pour le muguet qu'on observe dans la bouche.

§ 5. — Tumeurs de la vulve.

A l'exception du *thrombus*, les tumeurs de la vulve ne présentent pas un grand nombre de caractères particuliers. Il importe cependant de faire connaître les caractères et les circonstances particulières au milieu desquels s'observent les tumeurs vulvaires.

Nous étudierons donc dans cet article le *thrombus*, le cancer de la vulve, les kystes, les lipomes, les corps fibreux et les tumeurs érectiles, l'hydrocèle, la hernie et enfin l'hypertrophie des lèvres et l'éléphantiasis de la vulve.

A. **Thrombus de la vulve.** — On donne le nom de tumeurs sanguines ou de thrombus de la vulve et du vagin, à des tumeurs constituées par du sang infiltré ou épanché dans le tissu lamineux de ces organes. Pour quelques auteurs, la tumeur sanguine n'est pas autre chose qu'une contusion avec un caractère spécial : la collection sanguine.

Étiologie. — Il est difficile de concevoir, sans faire intervenir un traumatisme ou une violence quelconque, la formation d'une tumeur sanguine dans les grandes lèvres ou dans toute autre partie de la vulve. Nous possédons cependant des exemples authentiques de thrombus vulvaire, survenus à la suite des efforts nécessités par la toux, la défécation, etc. Les auteurs rapportent même des cas occasionnés par des efforts légers (éclats de rire). Ce sont là, il est vrai, des cas exceptionnels qui indiquaient un état pathologique ou une prédisposition spéciale chez les personnes chez lesquelles ils ont été observés.

Il faut donc admettre dans l'étiologie du thrombus, non seulement des *causes occasionnelles*, mais encore des *causes prédisposantes*.

Causes prédisposantes. — La plupart des auteurs reconnaissent dans la présence des varices, une cause prédisposante.

Sans nier l'influence des varices dans la production du thrombus, il faut admettre que la véritable cause prédisposante réside dans l'extrême vascularité de la région vulvaire. Blot admet des *causes prédisposantes éloignées* telles que les maladies organiques du poumon, du cœur, l'état du sang, l'hémophilie, l'étroitesse du bassin, le développement du globe utérin ; l'étroitesse de la vulve et celle du vagin sont des causes qui peuvent prédisposer à la formation du thrombus pendant l'accouchement.

Les *causes occasionnelles* sont nombreuses ; elles sont presque toutes du domaine de l'obstétrique ; il faut citer en premier lieu les violences et les contusions exercées sur la vulve, les manœuvres de l'accoucheur, l'application du forceps, le volume exagéré de la tête de l'enfant, la lenteur du travail, etc. En dehors de la gestation les causes sont moins nombreuses ; Velpeau signale les chutes sur le périnée, les rapports sexuels exagérés, etc. Dans une observation rapportée par Alibran, le thrombus était survenu à la suite d'efforts violents de défécation.

Symptomatologie. — L'apparition du thrombus est brusque et signalée par une douleur vive, accompagnée et suivie de ténesme rectal.

A peine l'accident s'est-il produit, qu'on observe une ecchymose plus ou moins étendue et une tuméfaction notable de la région. Lorsqu'elle est limitée à la vulve, la tumeur sanguine présente un volume qui varie de la grosseur d'une noix à la grosseur du poing.

Si le sang s'est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire et s'y est coagulé, la tumeur est élastique et ne présente pas de fluctuation, mais s'il a déchiré les mailles du tissu cellulaire au lieu de s'y infiltrer, il se forme alors une sensation bien accusée de fluctuation. La tumeur prend ensuite une coloration violacée, bleuâtre, quelquefois noirâtre qui est caractéristique et facilite beaucoup le diagnostic.

Si la tumeur estpe tite, elle n'occasionne pas de désordres graves, mais il n'en est pas de même lorsque la tumeur est volumineuse.

Les malades éprouvent alors du ténesme qui provoque des efforts et favorise l'accroissement de la tumeur. D'autres fois, la tumeur se propage en avant, comprime le canal de l'urètre et produit la rétention d'urine ; mais cette complication est beaucoup plus rare. On possède cependant des observations dans lesquelles le thrombus était

assez volumineux et assez étendu pour produire une double rétention des matières fécales et de l'urine. La tumeur peut également être un obstacle au passage du fœtus et du délivre.

Marche. Terminaison. — Dans la plupart des cas, la tumeur acquiert très rapidement le volume qu'elle doit avoir. La durée n'a rien de fixe. Si la maladie se complique d'hémorragie, elle peut devenir mortelle; si la tumeur n'a qu'un petit volume et qu'elle doive se terminer par rupture ou par résolution, la durée sera généralement courte. Il y a quatre sortes de terminaison : 1° par rupture; 2° par résolution; 3° par suppuration; 4° par gangrène. La terminaison par rupture est la plus fréquente.

La résolution s'observe dans les cas où la tumeur est petite et quand le sang est simplement infiltré dans le tissu cellulaire.

Lorsque la tumeur s'enflamme, la suppuration est inévitable. Elle s'annonce par de la fièvre, des frissons et un écoulement de pus.

Diagnostic. — Il est en général facile. L'apparition brusque de la tumeur, la dureté, l'élasticité ou la fluctuation, la cause occasionnelle qui a précédé l'accident sont autant de circonstances qui éclairent le diagnostic. On a cependant commis des erreurs. C'est ainsi qu'on a pris un thrombus pour une hernie vaginale. Toutes les tumeurs qui viennent faire saillie dans le vagin ou à la vulve ont pu être confondues avec le thrombus.

Traitement. — On a constitué un traitement préventif pour empêcher la formation du thrombus chez les femmes prédisposées et qui consiste à surveiller la grossesse, éviter la constipation et à garder autant que possible la position horizontale.

Lorsque l'épanchement est peu considérable, qu'il n'existe pas de fluctuation, on doit tenter la résolution et la favoriser par des moyens appropriés : compresses résolutives, eau froide, glace; laudanum, si la douleur est très forte. Quand l'épanchement est considérable et que la tumeur est fluctuante et volumineuse, il faut ouvrir rapidement et largement. Trois moyens ont été préconisés pour ouvrir les thrombus : les caustiques, la ponction et l'incision.

Le premier procédé doit être rejeté, surtout pendant la puerpéralité. La ponction qui est conseillée par plusieurs accoucheurs, nous semble également insuffisante; elle ne donne pas une issue facile au sang et aux caillots, et si la tumeur se vide complètement, elle ne

tarde pas à se reformer de nouveau. C'est donc à l'incision qu'il faut avoir recours dans tous les cas. Il faut inciser largement, débarrasser le kyste de tous les caillots qu'il contient, le laver à grande eau, le remplir ensuite de gaze iodoformée et appliquer au besoin des pinces à demeure sur les vaisseaux saignants. Tel est en effet le traitement chirurgical le plus rationnel des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. L'application rigoureuse de la méthode antiseptique le rend encore moins dangereux.

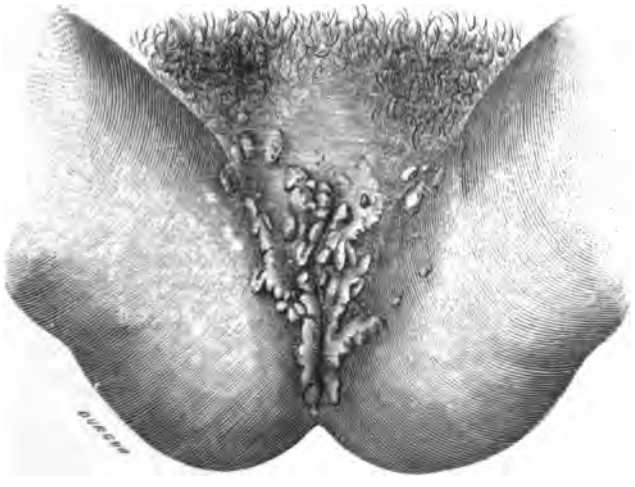


Fig. 180. — Esthiomène de la vulve (Guibout).

B. **Esthiomène de la vulve.** — Sous le nom d'*esthiomène*, Huguier a décrit une affection qui présente la plus grande analogie avec le lupus de la face. Cette affection, qui n'est pas commune, paraît avoir une origine tuberculeuse et s'observe surtout chez les femmes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques. On a en effet signalé la présence du bacille de Koch dans les sécrétions.

L'esthiomène siège surtout à l'entrée du conduit vulvo-vaginal dans le voisinage de la fourchette et du périnée.

En général, cette affection détermine peu de douleurs locales et n'a pas de retentissement marqué sur l'organisme. C'est là un point essentiel qui permet au début de diagnostiquer cette affection du cancer. Nous reviendrons plus loin sur les caractères différentiels en étudiant le cancer de la vulve. L'esthiomène peut cependant devenir grave si sa marche n'est pas enrayée par un traitement énergique.

Le traitement consiste dans la cautérisation des ulcères et l'excision des parties hypertrophiées.

C. **Cancer de la vulve.** — Le cancer primitif de la vulve est très rare et, lorsqu'il apparaît à cette région, il est presque toujours le résultat de l'extension et d'une dégénérescence cancéreuse siégeant sur un

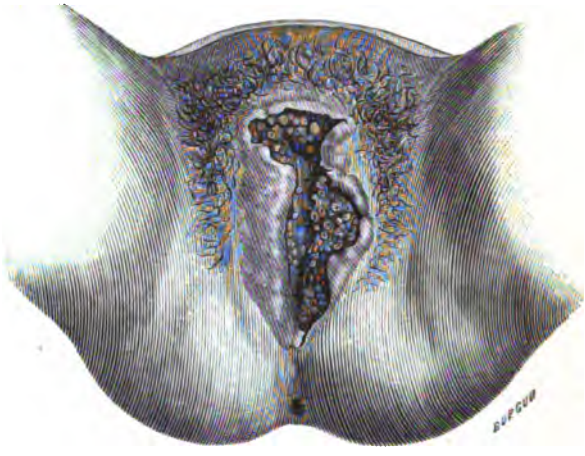


Fig. 181. — Épithélioma glandulaire de la vulve ayant débuté autour du capuchon clitoridien (Péan).

autre point des organes génitaux. Péan a cependant rapporté une observation dans laquelle le cancer a débuté par le clitoris (fig. 181). M. Rondot[1] a pu réunir vingt-sept cas de cancer primitif de la vulve et du vagin. Les caractères du cancer de la vulve sont les mêmes que ceux de l'anus et de la bouche. La variété épithéliale est celle qui a été le plus souvent observée. Il est rarement donné au chirurgien d'assister à la première période de cette affection, car les débuts sont lents et insidieux. L'attention des malades est d'abord attirée par une induration circonscrite ou diffuse, ou par une ulcération de la peau. La lésion s'étend peu à peu, l'induration et l'ulcération s'agrandissent, les ganglions s'engorgent, l'orifice vulvaire se déforme Tantôt il est agrandi par la perte de substance, tantôt il est rétréci ou oblitéré par des tractus cancéreux. L'affection se propage dans les régions voisines et envahit successivement le clitoris, le méat urinaire, le vagin et l'anus. C'est alors que surviennent les symptômes doulou-

[1] Rondot. Cancer primitif de la vulve ou du vagin, in *Gazette hebdom. de Méd. et de Chir.*, 1875, n° 14.

reux. Les malades ne peuvent marcher et accusent des douleurs vives et lancinantes : l'émission de l'urine et la défécation sont difficiles ; tous les signes de la cachexie cancéreuse se manifestent et les malades finissent par succomber dans le marasme au bout d'un temps qui varie de un à trois ans.

Diagnostic. — Plusieurs affections de la vulve peuvent être confondues avec le cancer : l'esthiomène, le chancre phagédénique, le krausis vulvaire dont nous donnons plus loin la description. Dans

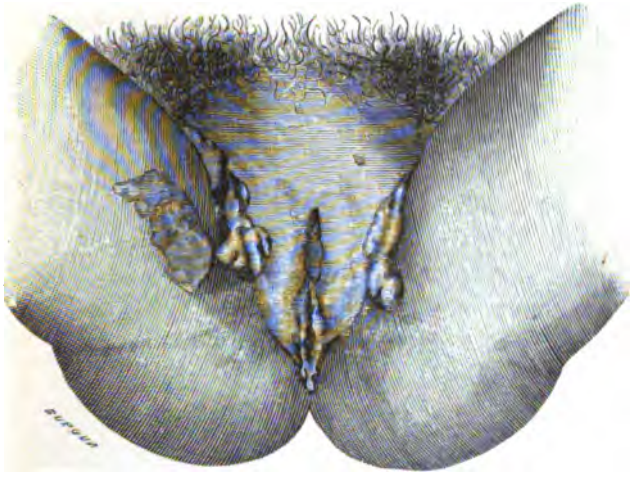


Fig. 182. — Tuberculose de la vulve (Guibout).

quelques cas, ces différents processus peuvent se présenter avec des caractères tellement identiques, tant au point de vue de la lésion, qu'à celui de l'état général, qu'il est très difficile de poser le diagnostic dès le début. L'esthiomène évolue par poussées et plus lentement que le cancer ; chaque phase du travail de destruction est plus longue à s'opérer ; la cicatrisation s'annonce en certains points, souvent pour disparaître, mais facile à reconnaître ; cependant, dans le cancer il y a tendance continue à la destruction, dans l'esthiomène il y a une tendance à la réparation des tissus. Il ne faut pas oublier non plus que le lupus vulvaire est une manifestation de la scrofule et par conséquent chercher dans les antécédents des malades, des éléments de diagnostic. Quant au chancre phagédénique, il évolue beaucoup plus rapidement que le cancer et s'accompagne promptement d'une infiltration œdémateuse des grandes lèvres ; il retentit rapidement à distance,

soit par des inoculations de voisinage, soit en portant son action sur un ganglion où il va former le bubon chancreux.

Traitement. — L'extirpation de la tumeur maligne sera pratiquée lorsqu'on assiste aux débuts de la maladie. L'excision, la ligature, l'écraseur, le galvano-cautère et le thermocautère seront employés selon les cas ; mais on devra toujours se prémunir contre les rétractions cicatrtcielles.

Tous les autres moyens, y compris la cautérisation, sont des palliatifs illusoires. On a vu des cas où les caustiques ont accéléré la marche de la maladie, et les souffrances qu'ils déterminent ne sont pas compensées par le bénéfice qu'ils procurent.

On devra donc, lorsque l'affection est trop avancée pour pratiquer l'extirpation, se borner à prescrire des soins de propreté, des

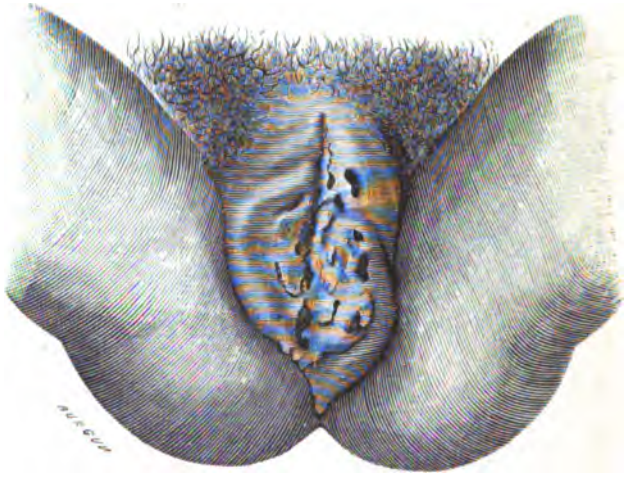


Fig. 183. — Gommes ulcéreuses de la vulve (A. Fournier).

lotions répétées sur la vulve, des injections désinfectantes, etc. A cet effet, nous recommandons particulièrement le permanganate de potasse et l'acide phénique.

D. **Kraurosis de la vulve.** — Le kraurosis de la vulve est une affection récemment décrite par Breishy et qui est constituée cliniquement par une rétraction atrophique des tissus qui entourent l'orifice vulvaire; il se produit une sorte de nécrose de l'épiderme puis une inflammation chronique et une hyperplasie du tissu conjonctif

sous-cutané; il en résulte un rétrécissement progressif de l'orifice vulvaire et du vagin.

Anatomie pathologique. — Les lésions portent à la fois sur le derme et sur l'épiderme; sur le derme il se produit une sorte de sclérose qui lui donne l'aspect du tissu cicatriciel et produit la destruction des papilles.

Les altérations de l'épiderme sont encore plus profondes; il se produit un envahissement par des cellules embryonnaires qui absorbent peu à peu les glandes sébacées et sudoripares.

Symptomatologie. — La maladie débute lentement et indirectement; les malades accusent parfois du prurit ou des douleurs névralgiques; souvent l'attention n'est appelée dans la région que par la difficulté que le rétrécissement vulvaire apporte au coït.

Les tissus sont atrophiés, les lèvres sont amincies et présentent l'aspect du tissu cicatriciel; l'épiderme est sec, rugueux, fendillé; l'orifice vulvaire se transforme peu à peu en une sorte d'anneau fibreux.

Diagnostic. — Le *Krausis vulva* doit être différencié avec les affections syphiliques et notamment avec les gommes ulcéreuses (fig. 183) et avec les affections tuberculeuses et cancéreuses (fig. 182). Beaucoup d'auteurs refusent encore de faire une place à part à cette affection dans le cadre nosologique.

Le *pronostic* est relativement grave; non seulement le kraurosis est un obstacle au coït et à l'accouchement, mais les auteurs qui ont décrit cette affection (Martin, Petit, Pichevin) l'ont vu dégénérer en épithélioma.

Traitement. — Le traitement est le même que celui de l'esthiomène; on a conseillé le grattage, l'excision des tissus morbides, puis des cautérisations à l'acide salicylique en solution 5 p. 100; ces diverses médications ne mettent pas à l'abri de la récidive.

E. **Tumeurs érectiles de la vulve.** — Elles occupent le plus souvent le voisinage du méat urinaire où elles se présentent sous la forme de petites excroissances vasculaires. Elles sont molles, sensibles au toucher et saignent assez facilement; elles occasionnent souvent des douleurs lancinantes, du ténesme, des envies fréquentes d'uriner, ainsi que de la gêne dans la marche et les mouvements.

Le diagnostic des tumeurs érectiles est facile; le siège de ces tumeurs, leur coloration d'un rouge framboisé, leur vascularité, empê-

cheront de les confondre avec les affections carcinomateuses ou autres qui peuvent siéger à la vulve.

Les auteurs anciens conseillaient de traiter d'abord les tumeurs érectiles par des applications de poudre d'alun et des lotions astringentes ; mais ces moyens sont insuffisants et il faut toujours avoir recours à l'ablation.

Celle-ci peut avoir lieu par la ligature, le bistouri ou le galvanocautère. Lorsque la tumeur est très peu étendue, on emploiera de préférence les ciseaux courbes ; le traitement des tumeurs érectiles de la vulve est, du reste, le même que lorsque ces tumeurs siègent sur d'autres points du corps.

F. **Végétations vulvaires.** — Les *végétations* de la vulve ont été décrites par les auteurs anciens, sous des noms très différents (excrois-

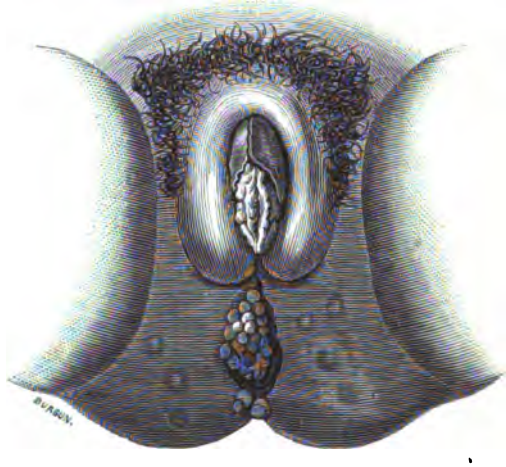


Fig. 184. — Végétations de la vulve et de l'anus.

sances, tumeurs verruqueuses). On les a souvent confondues avec des affections syphilitiques.

Symptomatologie. — Les excroissances débutent généralement sur les grandes lèvres, le plus souvent sur les petites. Elles se présentent sous forme de corps très vasculaires, qui s'agglomèrent et bourgeonnent rapidement. Lorsque la végétation est volumineuse, elle occasionne une gêne notable dans la marche et les mouvements.

Ces excroissances, dont la nature est du reste variable, présentent les caractères histologiques et cliniques des tumeurs que les auteurs

considéraient autrefois comme syphilitiques et que leur aspect particulier a fait désigner sous le nom de *poireaux*, *choux-fleurs*, etc. Cette opinion est adoptée aujourd'hui par la plupart des syphilographes et notamment par Diday, qui a établi par des faits nombreux que ces excroissances sont dues à des proliférations épithéliales qui n'ont rien de spécifique.

Ces tumeurs se développent quelquefois sur le siège d'anciens chancres ou d'ulcérations syphilitiques ou pendant le cours d'une blennorrhagie ; c'est ce qui leur avait fait attribuer par plusieurs auteurs une origine spécifique. Il est parfaitement démontré aujourd'hui qu'elles sont le plus souvent indépendantes de toute origine blennorrhagique ou syphilitique.

On les observe surtout chez des femmes enceintes atteintes de leucorrhée et qui négligent les soins de propreté ; elles ne sont pas rares chez les vierges.

Traitement. — L'excision est le seul traitement à appliquer. On peut la pratiquer avec le bistouri, les ciseaux, la ligature, l'écraseur, le galvano-cautère, etc. Quelques auteurs conseillent d'appliquer un caustique une fois la tumeur enlevée, mais cette précaution nous paraît inutile, dans la plupart des cas, car ces excroissances n'ont rien de spécifique et ne se reproduisent pas si les malades prennent les soins de propreté nécessaires. Lorsque les végétations sont peu volumineuses et à leur début, on peut les faire disparaître en les saupoudrant avec de la craie et en les mettant à l'abri de toute humidité.

G. **Tumeurs enkystées de la vulve.** — Elles siègent ordinairement dans les grandes lèvres et peuvent être d'origine très différente. Comme dans le tissu cellulaire des bourses, il peut se former dans celui de la vulve des kystes séreux qui ne sont que le développement, l'exagération des cellules de ce tissu, la tumeur est alors analogue à l'hydrocèle enkystée du cordon chez l'homme.

Vidal (de Cassis) a décrit une autre espèce de kyste qu'il considérait comme une bourse muqueuse. « Je suis porté à penser, dit-il, que chez les femmes qui par goût, par passion ou par métier ont souvent usé du coït, le frottement détermine la formation d'une bourse comme on l'observe sur certains points de la peau qui sont soumis à des frottements répétés. J'ai été conduit à cette opinion par l'analogie, puis j'ai observé des faits confirmatifs à l'hôpital de Lourcine. J'en possède trois observations : des trois femmes qui les ont fournies, deux

ont avoué, sinon l'abus, du moins un très fréquent et long usage du coït. Les trois ont été opérées, j'ai extirpé des kystes à parois épaisses et contenant une tumeur en tout semblable à une synovie un peu épaisse. » L'opinion de Vidal est fort contestable.

La poche d'un ancien abcès peut devenir le point de départ d'un kyste vulvaire. Huguier a rangé parmi les kystes de la vulve la dilatation de la glande vulvo-vaginale. L'accumulation de mucus dans les follicules mucipares, peut produire des tumeurs enkystées que leur petit volume fera facilement reconnaître. Enfin le développement hypertrophique et non inflammatoire des glandes sébacées de la vulve et l'accumulation de la matière sébacée peuvent devenir le point de départ de petits kystes vulgaires qu'on désigne quelquefois sous le nom de *loupes* de la vulve.

Les kystes séreux devront être incisés ou ponctionnés. On aura soin de faire, après l'évacuation du liquide, une injection iodée. Les kystes solides devront être traités par l'énucléation.

H. **Fibromes de la vulve.** — Les auteurs décrivent sous ce nom des

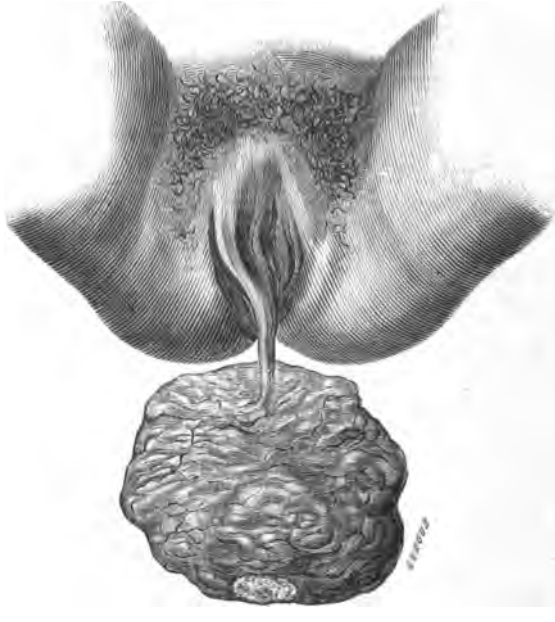


Fig. 185. — Fibrome pédiculé de la petite lèvre droite.

tumeurs dures, en apparence squirreuses, se rapprochant de la substance des corps fibreux de l'utérus et siégeant dans l'épaisseur

des grandes lèvres. Ces tumeurs sont mobiles, peu douloureuses, et ne gênent pas par leur volume. La figure 185 représente une tumeur fibreuse pédiculée.

Quelques chirurgiens considèrent ces tumeurs comme le vestige d'un épanchement sanguin résorbé et ayant une organisation rudimentaire. Il n'est souvent pas nécessaire de traiter ces petites tumeurs, cependant, si les malades insistent pour en être débarrassées, il est facile d'en pratiquer l'énucléation ou l'ablation.

Les fibromes peuvent constituer des tumeurs assez volumineuses procédant de la vulve; Péan en a observé un cas très intéressant (fig. 186).

I. **Hernie des grandes lèvres.** — Une anse intestinale et quelquefois une portion du mésentère, un ovaire, où même la vessie, peu-

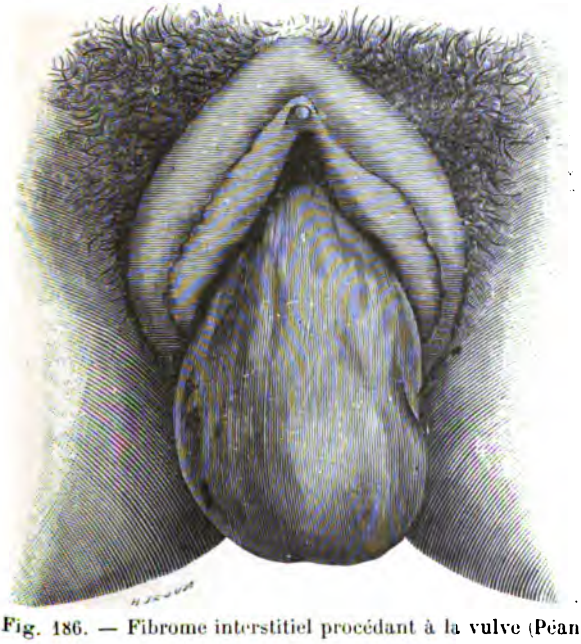


Fig. 186. — Fibrome interstitiel procédant à la vulve (Péan).

vent descend le long du ligament rond, ainsi qu'il arrive dans la hernie inguinale, chez l'homme.

La rareté de cette maladie en rend le diagnostic très important; car, si le praticien ignore souvent la possibilité de son existence, il peut blesser l'intestin dans l'hypothèse que l'augmentation de volume des grandes lèvres est due à un abcès ou à la distension des glandes vulvo-vaginales.

Étiologie. — Le déplacement peut être produit, comme chez l'homme, par des efforts musculaires violents, des coups, des chutes.

Symptomatologie. — L'étranglement des intestins avec ses signes caractéristiques peut se présenter, suivant sir Astley Cooper, bien qu'il soit très rare. La hernie peut d'ordinaire être réduite par le taxis. Dans un cas observé par G.-Thomas, la réduction fut extrêmement difficile et ne put être obtenue que par des efforts prolongés. Lorsque l'intestin est descendu sans qu'il existe d'étranglement, une sensation de malaise, en inclinant le corps ou même en marchant, dirige l'attention de la malade sur la partie affectée et la conduit chez le médecin. Celui-ci soupçonnera immédiatement la maladie par la sensation particulière gazeuse ou aériforme que donne le toucher. Il arrivera à la certitude du diagnostic en constatant l'absence de tout signe d'inflammation et d'œdème, le soulèvement de la tumeur pendant la toux, la résonance à la percussion, et la possibilité de diminuer le volume de la tumeur par le taxis et la position. Le diagnostic différenciel de la maladie ne présente pas de grandes difficultés. Le danger est qu'on oublie la grande possibilité d'une hernie en ce point et qu'on tire des déductions sans la prendre en considération.

Traitement. — Il faut maintenir la réduction à l'aide d'un appareil. En cas d'étranglement l'on pratiquera le taxis; si la réduction est impossible, il faut recourir à l'opération chirurgicale dont les descriptions se trouvent dans les ouvrages classiques.

Hypertrophie de la vulve (Éléphantiasis.) — L'hyperthrophie de la vulve semble être assez commune en Égypte et dans certaines contrées de l'Orient, mais elle est assez rare en Europe. Nous en possédons cependant quelques observations très remarquables parmi lesquelles nous citerons celles de Rigal (de Gaillac) qui a été publiée il y a environ cinquante ans.

Il s'agissait d'un véritable éléphantiasis. Les grandes lèvres, qui se confondaient avec les petites, avaient atteint des dimensions énormes et formaient deux masses charnues qui descendaient jusqu'aux genoux. Une observation analogue a été publiée par Churchill. Depuis cette époque les faits assez nombreux ont été recueillis en Europe et l'éléphantiasis vulvaire des Européennes a été récemment l'objet d'une étude très complète de la part de M. Cellard[1].

[1] *De l'éléphantiasis vulvaire chez les Européennes*, Thèse de Paris, 1877.

Étiologie. — En Europe, l'hypertrophie vulvaire n'a pas le caractère endémique qu'elle semble présenter en Orient. Elle reconnaît dans beaucoup de cas une origine héréditaire ou diathésique; mais il est souvent impossible d'en retrouver l'étiologie. L'hérédité, mise en

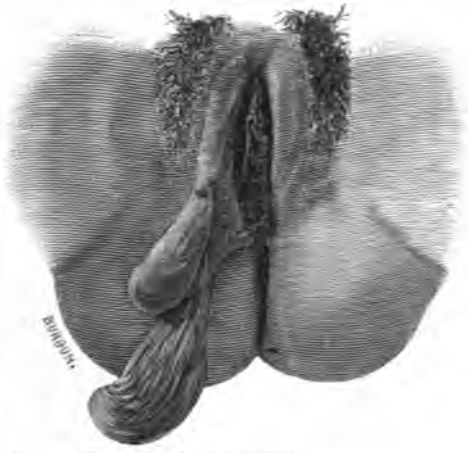


Fig. 187. — Hypertrophie congénitale partielle et bilobée de la petite lèvre droite.

doute par la plupart des auteurs, ne saurait être niée dans certains cas. Virchow dit en posséder un exemple incontestable et Scanzoni a connu, dans les environs de Vurtzbourg, une famille, dont la mère et les trois filles possédaient des lèvres excessivement développées. L'origine diathésique est mieux établie, et la plupart des faits consignés dans la thèse de Cellard ont été observés sur des femmes qui portaient des traces indéniables de scrofule. La syphilis a été invoquée dans certains cas, mais rien ne semble justifier cette supposition par le fait que le traitement spécifique ne modifie en rien l'éléphantiasis chez les Européennes.

Symptomatologie. — L'hypertrophie éléphantiasique de la vulve n'occasionne pas d'incommodités appréciables. Lorsqu'elle atteint des proportions considérables, elles devient un sujet d'embarras pour la marche et provoque des douleurs et des tiraillements à cause de son poids. Elle peut encore être le point de départ d'une irritation permanente.

Anatomie pathologique. — Les anatomo-pathologistes considèrent l'éléphantiasis de la peau des lèvres comme une dermite chronique amenant à la longue une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané.

L'épiderme présente généralement son épaisseur normale; mais le derme est considérablement altéré et épaissi. Les papilles sont souvent abondantes en même temps qu'elles paraissent notamment allongées et élargies. Les capillaires sanguins du derme sont contournés en tous sens, enroulés sur eux-mêmes, et leur calibre est doublé ou triplé de volume. Le tissu adipeux sous-cutané fait corps avec le derme; il est dur, résistant, élastique, et rappelle par sa consistance, le tissu tendineux. En somme, l'hypertrophie semble constituée, au point de vue histologique, par une augmentation des éléments qui forment les tissus normaux.

Traitement. — La médication interne et les topiques locaux sont impuissants et le traitement chirurgical n'est pas toujours indiqué. Cependant lorsque l'hypertrophie atteint des proportions considérables on peut recourir aux procédés chirurgicaux.

L'opération pourra être pratiquée par l'instrument tranchant, la ligature et la cautérisation.

Quel que soit le procédé opératoire employé, le chirurgien devra s'attendre à des récidives qui ont été signalées par tous les auteurs. Chasaignac opéra, en 1850, une grande et une petite lèvre gauche chez une malade à laquelle Blandin avait, deux ans auparavant, enlevé la grande et la petite lèvre droite.

Hypertrophie des petites lèvres. — Nous ne faisons que signaler cette hypertrophie qui est fréquente chez les femmes de certaines contrées de l'Afrique (*tablier des Hottentotes*) et qui ne présente aucune particularité spéciale. De même que dans l'hypertrophie des grandes lèvres, on observe des excoriations, des difficultés dans la marche, etc. Mais l'excision qui est le plus souvent pratiquée, suffit pour faire cesser ces accidents.

Hypertrophie du clitoris. — Cette variété d'hypertrophie n'est pas rare et peut être portée au point de donner à cette organe l'aspect d'un petit pénis. Ce sont des anomalies de ce genre qui constituent la plupart des cas d'hermaphrodisme qui ont été publiés.

L'hypertrophie du clitoris ne présente pas, en général, d'inconvénients sérieux. On a cependant pratiqué l'amputation du clitoris dans certains cas de nymphomanie. Cette opération est simple et pourra être facilement pratiquée à l'aide du thermocautère,

HÉMORRAGIES DE LA VULVE

L'opération a été spécialement appelée sur cette affection par sir James Simpson qui, en 1850, rapporta, d'après sa propre expérience et celle de plusieurs autres, un grand nombre de cas où une très légère rupture de l'une des grandes lèvres avait donné lieu à une hémorragie fatale. Ce même chirurgien disait avoir observé, à diverses reprises, des cas criminels dans lesquels les femmes enceintes ou non, étaient mortes d'hémorragie des grandes lèvres, à la suite d'une rupture des bulbes du vestibule. Quoi qu'en ait dit Simpson, cet accident est rare. G. Thomas a observé deux cas : un à la suite de la déchirure de l'une des grandes lèvres par un bâton, la femme était tombée en passant une barrière ; l'autre était le résultat d'une plaie faite par un fragment de pot de chambre. Ces deux cas cédèrent facilement à l'application de compresses froides et styptiques.

Hémorragies vulvaires chez les nouveau-nés. — Chez les nouveau-nés et chez les enfants en bas âge, l'hémorragie vulvaire a particulièrement attiré l'attention des auteurs. Cullingworth, Bonnel et Dabreuille ont publiés d'intéressants mémoires sur cette question.

Les deux cas de Cullingworth ont été observés chez des petites filles, l'une âgée de quatre ans et l'autre de cinq jours. Dans le premier cas, l'hémorragie dura quatre jours et ne donna lieu à aucun autre symptôme. Dans le second, elle dura deux jours et fut précédée de malaises et d'un peu de fièvre. Dans les deux cas, l'hémorragie ne fut suivie d'aucun accident et ne s'est pas renouvelée, la santé des enfant ne s'en n'est nullement ressentie. La quantité de sang écoulé était peu considérable, et un examen attentif a démontré que l'écoulement ne provenait pas de la vulve, mais bien des organes génitaux internes.

M. Cullingworth a fait une étude attentive de la question et a pu réunir trente-deux observations dans lesquelles l'hémorragie vulvaire s'était manifestée chez les petites filles de un jour à six semaines. Il est arrivé à conclure que cet écoulement sanguin qui inquiète beaucoup les familles n'a aucune importance ; il tarit de lui-même et n'exige que des soins de propreté. Ollivier (d'Angers), qui avait observé assez souvent cette hémorragie l'avait considérée comme un prélude de la fonction qui doit s'établir à la puberté ; mais c'est là une supposition que rien ne justifie.

La seule explication plausible de ce phénomène a été fournie par Camerer. Si la ligature du cordon ombilical, dit cet auteur, est pratiquée avant le complet établissement de la circulation pulmonaire, le sang, qui avait été, jusqu'à ce moment, entraîné des vaisseaux iliaques dans ceux du cordon, se trouve nécessairement refoulé dans le bassin où il produira une pléthore locale. Or, comme la circulation générale n'est pas encore bien régularisée et bien active, il peut arriver que ce sang trouve une issue par les intestins ou par les organes génitaux. C'est à cette explication, qui s'applique à l'hémorragie vulvaire et à l'hémorragie intestinale des nouveau-nés, que se rattache Cullingworth et la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

§ 6. — Artrésie de la vulve.

Sous le nom d'atrésie vulvaire, M. Puech a désigné l'obturation plus ou moins complète de l'orifice vulvaire. Employé dans son sens rigoureux, le mot *athrésie* (α privatif ; τρησις *trou*) ne devait s'appliquer qu'aux occlusions complètes, mais l'usage a étendu ce mot aux rétrécissements, aussi bien qu'aux obturations.

Les atrésies complètes de la vulve sont rares et sont le plus souvent accidentelles, à l'exception, toutefois, de l'imperforation de la membrane hymen qui est toujours d'origine congénitale.

M. Puech distingue trois espèces d'atrésies vulvaires : l'*adhérence des grandes lèvres*, l'*adhérence des petites lèvres* et l'*atrésie hyménéale*. Cette dernière est de beaucoup la plus commune.

A. **Adhérence des grandes lèvres.** — Cette espèce est presque toujours accidentelle et résulte le plus souvent des lésions de continuité et des cicatrisations vicieuses. Les causes qui la produisent le plus souvent sont : les plaies et les ulcérations de diverses natures, surtout celles qui succèdent aux pustules de la variole, les brûlures et les déchirures qui résultent de violences impudiques pratiquées sur les organes génitaux externes. On a vu également cette adhérence être consécutive à la malpropreté et à l'agglomération des produits de sécrétion. L'adhérence des grandes lèvres peut présenter des inconvénients sérieux, par l'obstacle qu'elle apporte à l'écoulement des urines et des règles, et à l'accomplissement des fonctions sexuelles. On la fait facilement cesser par le débridement qu'on pratique soit avec le bistouri guidé par la sonde cannelée, soit avec des

ciseaux. Il faut avoir soin, pour prévenir la récidive, d'interposer entre les lèvres de la plaie un bourdonnet d'ouate ou de gaze iodoformée jusqu'à l'achèvement complet de la cicatrisation.

B. **Adhérence des petites lèvres.** — Elle est toujours accidentelle et reconnaît les mêmes causes que celles des grandes lèvres. On l'observe le plus souvent chez les enfants où elle apporte un trouble notable dans l'émission de l'urine. On remédie à ces inconvénients par le débridement.

C. **Atrésie hyménéale.** — C'est celle qui résulte de l'imperforation de l'hymen et la seule qui reconnaisse une origine congénitale. Elle

Fig. 188. — Tumeur par rétention du sang menstruel dans le vagin due à l'atresie de l'hymen, chez une femme de dix-sept ans (Péan).

passe généralement inaperçue jusqu'à la puberté ; elle occasionne alors, quand elle est complète, des accidents plus ou moins graves en s'opposant à l'écoulement des règles et des autres sécrétions utéro-vaginales. Elle devient ensuite un obstacle au coït et à l'accouchement.

Le traitement de l'atrésie hyménéale est simple : on pratique avec

le bistouri une petite incision sur un des points de la membrane; la sonde cannelée introduite par cette ouverture sert ensuite de guide pour achever la section. A moins qu'on ne la constate à la naissance, l'imperforation de l'hymen ne se traite guère avant la puberté.

Vidal signale une question d'opportunité relative à l'accouchement; ainsi, quand l'occlusion incomplète produite par l'hymen a permis le coït et la fécondation, doit-on pratiquer l'incision au moment de la grossesse ou au moment même de l'accouchement. Nous pensons, avec la plupart des auteurs, qu'il est préférable d'attendre l'accouchement pour inciser la membrane hymen.

Les suites des opérations pratiquées pour remédier à l'atrésie vulvaire complète sont ordinairement des plus simples, mais il ne faut pas oublier que ces accidents ont été observés, surtout lorsque des phénomènes graves des rétentions menstruelles avaient motivé l'intervention chirurgicale. Courty a vu deux fois des pelvi-péritonites mortelles survenues à la suite d'incisions hyménéales pratiquées pour donner issue au sang accumulé dans l'utérus et le vagin.

Ces accidents ne me paraissent guère à craindre si on applique rigoureusement l'asepsie, mais il était bon de les signaler.

CHAPITRE II

MALADIES DE L'URÈTRE, DU MÉAT ET DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Avant d'aborder la description des affections de l'urètre et de la vessie qui se rencontrent spécialement chez la femme, il nous a paru utile de faire connaître les méthodes d'exploration qui permettent le diagnostic et le traitement de ces affections. Quelques-unes de ces méthodes, récemment introduites dans la thérapeutique gynécologique, permettent, non seulement de pratiquer le toucher digital de la vessie, mais encore d'introduire dans cet organe des spéculums de diverses dimensions.

MÉTHODES D'EXPLORATION DE L'URÈTRE ET DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Cathétérisme. — Il n'est pas nécessaire de décrire longuement le manuel opératoire du cathétérisme, qui ne présente pas de difficultés chez la femme.

On choisira de préférence une sonde en verre qui présente plus de garantie au point de vue de l'asepsie. En France, il est d'usage de placer la femme dans le décubitus dorsal, mais les Américains et les Anglais préfèrent le décubitus latéral gauche. Nous reconnaissons que cette dernière position est préférable pour pratiquer le cathétérisme, sans découvrir la femme. Voici comment il faut procéder :

La femme se couche en travers le lit sur le côté gauche, les genoux fléchis vers la poitrine. L'opérateur effleure le périnée avec la pulpe de l'index de la main gauche jusqu'à ce qu'il ait rencontré le méat urinaire ; la sonde est alors introduite de la main droite. Il est bon de s'assurer, en introduisant la main gauche dans le vagin, que le cathéter a bien pénétré dans l'urètre.

D'ingénieux cathéters ont été proposés dans les cas où il convient de conserver une sonde à demeure.

Avant d'être employées, les sondes doivent être lubréfiées avec de l'huile phéniquée.

Toucher digital de la vessie. — L'urètre de la femme peut être

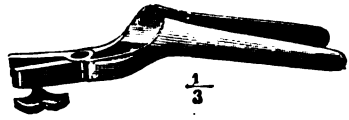


Fig. 189. — Spéculum dilatateur de l'urètre.

dilaté au point de permettre l'introduction du doigt. Voici le procédé opératoire :

La femme étant chloroformée et placée dans le décubitus dorsal,

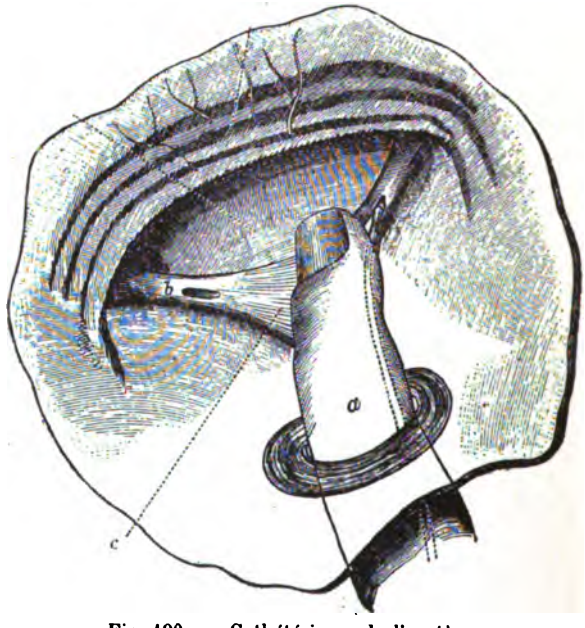


Fig. 190. — Cathétérisme de l'uretère.
a, doigt explorateur introduit dans l'urètre ; *b*, orifice des uretères ; *c*, triangle de Lieutaud.

l'opérateur place la pulpe de l'annulaire sur le méat et pénètre lentement dans l'urètre en exerçant une pression douce accompagnée de mouvements rotatoires. C'est au méat qu'on rencontre le plus de résistance. Lorsque celle-ci est trop accentuée, on pénètre d'abord avec le petit doigt, auquel on substitue ensuite l'index ; il est *très rarement* nécessaire d'inciser le méat pour pénétrer. Un autre doigt

peut être introduit dans le vagin et permettra de faire ainsi une *exploration bimanuelle vésico-vaginale.*

Grâce à ce procédé, on peut reconnaître la présence de tumeurs

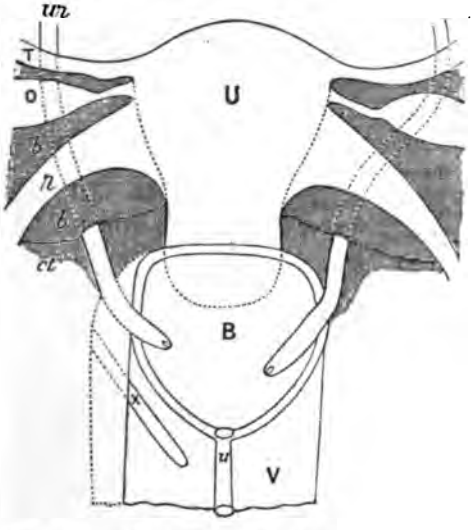


Fig. 191. — Rapport des uretères (Garrigues).

U, utérus ; *ur*, uretère ; B, vessie ; *u*, urètre ; V, vagin ; T, trompe de Fallope ; O, ovaire ; *b*, ligament large ; *r*, ligament rond ; *ct*, tissu connectif $\left(\frac{2}{3}\right)$.

ou de calculs dans la vessie, rechercher les fistules, contrôler le diagnostic obtenu avec l'aide des autres modes d'exploration.

Emploi des spéculums urétraux. — Les spéculums de l'urètre sont plutôt employés pour le traitement que pour l'exploration. Les uns sont de simples dilatateurs (fig. 189), les autres peuvent servir pour le diagnostic et pour l'application de topiques ; d'autres enfin ont pour but l'examen endoscopique et le cathétérisme des uretères.

Les *dilatateurs* de Simon, de Heidelberg, sont de simples bougies pourvu d'un mandrin et dont les dimensions varient de 5 millimètres à 2 cent. 5. D'après ce chirurgien, on peut dilater l'urètre, chez la femme adulte, jusqu'à 2 centimètres. Il est à craindre qu'une dilatation plus considérable expose à une incontinence d'urine consécutive.

La dilatation de l'urètre chez la femme a été appliquée comme traitement curatif de certaines cystites chroniques ; mais elle a surtout pour but de permettre l'extraction de calculs vésicaux.

Shene a fait construire une série de spéculums urétraux qui se

composent d'un tube de verre introduit dans un petit spéculum de Fergusson. Le tube de verre, arrondi à son extrémité, sert d'embout. Ces instruments, de dimensions variables, peuvent servir pour exa-

Fig. 192. — Exploration des uretères par l'endoscope. Procédé de Kelly (Byford).

miner la muqueuse urétrale ou pour y faire des badigeonnages ou autres applications thérapeutiques.

Exploration des uretères. — Le cathétérisme des uretères constitue une opération délicate qui a pour but de faire connaître exactement la position de ces conduits dans certaines opérations pratiquées dans leur voisinage. C'est ainsi que dans l'opération de Freund, pour l'extirpation totale de l'utérus cancéreux, il est indispensable de ménager les uretères.

Le cathétérisme de l'uretère peut encore être pratiqué utilement pour désobstruer ce canal et permettre l'écoulement de l'urine ou du pus dans la vessie.

Pour pratiquer le cathétérisme des uretères, il faut d'abord dilater la vessie par les procédés que nous venons de décrire. L'opérateur pénètre ensuite dans la vessie avec l'index, à environ 3 centimètres au delà du col, jusqu'à ce qu'il rencontre la petite saillie formée par la réunion des deux uretères (*ligament inter-urétérique*). A droite et à gauche de ce ligament se trouve une petite saillie formée par le méat de l'uretère. Une sonde en gomme de petit calibre est alors introduite et dirigée le long de l'index. Après quelques tâtonnements, on pénètre dans l'uretère. L'écoulement de l'urine goutte à goutte indique que le cathéter a pénétré. La figure 191 indique les rapports des uretères avec la vessie et la figure 192 le manuel opératoire.

On a récemment pratiqué le cathétérisme des uretères avec le contrôle de la vue grâce à l'endoscope et aux nouveaux appareils proposés par Grunfeld, de Brenner et de Kelly.

Pour le cathétérisme des uretères Kelly place la femme dans la position dorso-sacrée ; il introduit ensuite un cystoscope qui éclaire la cavité vésicale et permet d'introduire une sonde ou un explorateur dans l'uretère.

La figure 192, dont nous regrettons de ne pouvoir donner une meilleure photographie, représentant le *modus operandi ;* on voit que la position de la femme et l'éclairage spécial, constituent les éléments importants du succès de cette délicate exploration.

Quoi qu'il en soit, ce mode d'exploration est difficile et demande une certaine habileté opératoire.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'URÈTRE ET DU MÉAT URINAIRE

Nous décrirons successivement l'*urétrite*, les *tumeurs, de l'urètre*, l'*imperforation du méat urinaire* et les *rétrécissements du canal urétral*, et les *inflammations de la vessie* (*cystites*).

I. — De l'urétrite

On désigne sous le nom d'urétrite, l'inflammation de la muqueuse qui tapisse l'urètre.

Étiologie. — Chez la femme, l'urétrite peut être produite par le cathétérisme, par un traumatisme, par le passage d'urines altérées.

En dehors de ces circonstances, elle est presque toujours la conséquence d'une affection inflammatoire simple ou spécifique de la vulve ou du vagin. Il est même assez rare de l'observer isolément, à moins qu'elle ne survive à une vaginite guérie, dans ces cas la blennorrhagie se localise dans l'urètre où elle peut se maintenir pendant un temps assez long.

Symptomatologie. — Chez la femme, l'urétrite est loin de présenter les symptômes aigus et douloureux qu'on observe chez l'homme, cependant, dans les cas aigus, les femmes accusent du ténesme vésical et une certaine cuisson en urinant.

A l'examen, on constate de la rougeur et une certaine turgescence du méat qui est souvent entr'ouvert. Dans les cas prolongés, la muqueuse s'hypertrophie et fait saillie au dehors, au point de simuler une petite tumeur.

Diagnostic. — Il est, en général, facile lorsque la maladie est dans sa période d'acuité; mais lorsqu'elle est passée à l'état aigu, elle peut souvent rester inaperçue, surtout lorsqu'il s'agit d'une urétrite blennorrhagique. Il importe, lorsque le médecin est chargé de l'exa-

men d'une femme qu'il suppose atteinte d'un affection spécifique, de presser sur le canal afin de s'assurer qu'aucune gouttelette de pus n'y est contenue. Pour bien pratiquer cet examen, il faut nettoyer avec soin la vulve et le vestibule, introduire le doigt dans le vagin et le ramener au dehors en pressant en haut contre le canal urétral. Nous avons eu souvent l'occasion, à Saint-Lazare, de reconnaître, par cet examen minutieux, l'apparence d'affections blennorrhagiques chez des femmes qu'on croyait guéries.

Le pus provenant aussi de l'urètre peut être fourni par un chancre. Mais on connaît l'excessive rareté des chancres de l'urètre et il serait du reste possible de reconnaître l'existence de cette complication par un examen attentif. Il suffit d'être prévenu de sa possibilité.

Traitement. — Une fois localisée dans le canal urétral, l'inflammation blennorrhagique peut se montrer assez persistante.

Des auteurs ont depuis longtemps constaté que l'emploi des balsamiques : copahu, cubèbe, santal, etc., était loin d'être aussi efficace que dans la blennorrhagie urétrale de l'homme. On considère même ces médicaments comme n'ayant aucun effet. Nous partageons cette manière de voir. C'est donc par le traitement local qu'il faut attaquer l'urétrite de la femme. Les bains locaux ou généraux, les pansements avec la glycérine, les solutions phéniquées, l'acétate de plomb, sont d'excellents moyens de traitement.

Les injections sont particulièrement recommandées, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent. Nous avons obtenus des résultats satisfaisants en introduisant dans l'urètre des petits crayons iodoformés.

II. — Tumeurs de l'urètre

Un grand nombre de tumeurs peuvent siéger au méat ou dans l'intérieur du canal de l'urètre. Elles reconnaissent des points de départ très variés. Nous basant sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs nous allons successivement décrire : l'*hypertrophie de la muqueuse*, les *polypes*, les *tumeurs vasculaires* et le *prolapsus*.

1. **Hypertrophie.** — Elle consiste dans un épaississement de la tunique de la muqueuse, portant principalement sur le bord postérieur du méat. Huguier lui assigne comme point de départ constant le veru montanum. La tumeur peut devenir assez volumineuse, et

former un bourrelet qui fait saillie entre les petites lèvres. Elle atteint parfois par le frottement et principalement pendant la période menstruelle, un degré de turgescence qui la rend très sensible.

B. **Polypes. Caroncules de l'urètre.** — Les polypes de l'urètre peuvent se diviser en deux classes suivant qu'ils se développent aux dépens des papilles qui avoisinent le méat, ou des follicules disposés obliquement et qui prédominent à la partie moyenne de la muqueuse. Dans le premier cas l'excroissance est désignée sous le nom de *tumeur papillaire*, dans le second sous celui de *tumeur folliculaire*

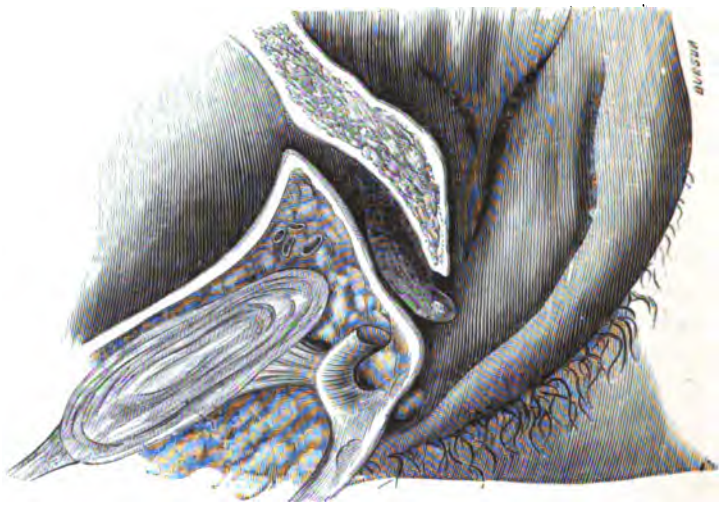


Fig. 193. — Polype profond de l'urètre faisant saillie au méat (Péan).

de l'urètre. On doit encore rattacher aux polypes de l'urètre, les tumeurs décrites par les auteurs anglais et américains, sous le nom de *caroncules douloureux de l'urètre* et qui sont constituées par de petits corps vasculaires très douloureux situés à l'entrée du méat.

Au début, les tumeurs papillaires ressemblent à des granulations de la conjonctive. Elles peuvent occuper toutes les parois de l'urètre indistinctement ; leur volume dépasse rarement celui d'une lentille ou d'un pois ; elles sont quelquefois isolées, mais, le plus souvent, multiples, et présentent une coloration rouge ou violacée. Ces tumeurs sont souvent le siège d'une vive douleur qu'il faut plutôt attribuer à l'irritation qu'elles exercent sur les parties voisines, puisque Verneuil n'a pu y découvrir aucun filet nerveux.

Ménétriez a décrit sous le nom de *tumeur papillaire maligne* de l'urètre une variété caractérisée cliniquement par la récidive.

Les tumeurs folliculaires sont produites par un accroissement de volume des follicules urétraux. La tumeur une fois constituée, ou bien se développe sur place, ou tend à s'avancer vers le méat ; les unes adhèrent par une large base à la muqueuse, d'autres l'entraînent sous la forme d'un pédicule qui s'effile et qui présente en général le volume d'une plume de corbeau. Ces tumeurs sont molles, rouges, rarement turgescentes et le plus souvent uniques. Elles sont peu douloureuses.

En 1865, Giraldès présenta à la Société de chirurgie une tumeur dans le genre de celle que nous venons de décrire ; quelques jours après l'excision, le chirurgien reconnut que l'urètre était dilaté et que la muqueuse était recouverte d'une masse pulpeuse qui fut excisée en même temps que la tumeur. Celle-ci était transparente, gélatineuse, et l'examen microscopique y démontra l'hypergenèse des follicules mucipares.

C. **Tumeurs vasculaires**. — Elles consistent dans un épaississement de la muqueuse accompagné d'un état variqueux des vaisseaux. Ces tumeurs sont assez fréquentes ; elles siègent ordinairement sur les bords du méat et, de préférence, sur la paroi inférieure ; quelquefois elles sont cachées dans l'intérieur même du canal. Elles sont le plus souvent solitaires et du volume d'un petit pois, leur couleur est variable : tantôt elles sont d'un rouge vif, tantôt d'un rouge-brun ou violacé.

Ces tumeurs ont été décrites par Richet, sous le nom d'*hémorroïdes* ou *végétations hémorroïdales de l'urètre*. Elles se présentent, en effet, sous l'aspect de franges ou de végétations irrégulières, aplaties, sillonnées et bosselées et sont adhérentes à la muqueuse par une large base.

Le mode de formation des tumeurs vasculaires est simple. Il comprend deux phases : une première, dans laquelle on observe simplement des végétations vasculaires ressemblant jusqu'à un certain point aux tumeurs hémorroïdales de l'anus ; une seconde, dans laquelle le tissu conjonctif devient le siège d'un développement hypertrophique qui semble à lui seul constituer la tumeur.

D. **Prolapsus.** — C'est une affection très rare et dont la science ne possède qu'un très petit nombre d'observations. Quelques auteurs s'appuyant sur les dispositions anatomiques de la région contestent

même la possibilité d'un prolapsus de la muqueuse de l'urètre de la femme. En effet, la muqueuse de l'urètre faisant corps avec la couche musculaire avec laquelle elle adhère intimement, il y a tout lieu de supposer que les cas de prolapsus rapportés par les auteurs n'étaient que des tumeurs hypertrophiques qui avaient entraîné la muqueuse.

Diagnostic. — Les principaux états morbides qu'on pourrait confondre avec les tumeurs de l'urètre sont les végétations, les polypes et les prolapsus de la vessie ; mais le diagnostic peut en général être facilement établi à l'aide des caractères que nous avons décrits plus haut en pratiquant un examen attentif de la région.

Traitement. — Il faut toujours débarrasser les malades de ces excroissances qui ont, en général, une tendance à augmenter de volume et qui constituent toujours un inconvénient plus ou moins grave pour la marche, le coït, la miction, etc.

Il faut, dans la grande majorité des cas, avoir recours à l'ablation ou à la destruction de la tumeur. L'ablation, au lieu d'être faite par la ligature, se pratique plus aisément à l'aide du bistouri ou des ciseaux qui divisent la tumeur préalablement saisie avec des pinces. On cautérise ensuite la plaie avec du nitrate d'argent ou du perchlorure de fer pour éviter l'hémorragie. La destruction peut aussi se faire avec le chlorure de zinc ou tout autre caustique appliqué sur l'urètre, ou mieux encore, avec le thermocautère, en protégeant les parois du canal urétral, ce qui est presque toujours possible, grâce à sa dilatabilité. Lorsque la tumeur est intra-urétrale, Courty conseille de la broyer avec des pinces à polypes ou à pansement et d'en cautériser ensuite légèrement les débris ou le pédicule, en ayant soin de revenir au besoin plusieurs fois à cette opération. Même à une certaine profondeur, on peut encore atteindre l'excroissance à l'aide d'un tout petit cautère rougi à la lampe à alcool, en ayant soin de protéger la paroi opposée de l'urètre à l'aide d'une petite curette. Le galvano-cautère et même le thermocautère conviennent parfaitement pour cette opération.

III. — Rétrécissement de l'urètre

Les rétrécissements de l'urètre sont très rares chez la femme. Churchill n'en a observé que deux cas, Scanzoni, G. Thomas, Courty et la plupart des auteurs, n'en font pas mention.

Newmann qui a publié sur cette question un très intéressant mémoire dont nous avons donné la traduction dans les *Archives générales de médecine*[1], pense que ces rétrécissements ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement.

Cet auteur a observé cinq cas de rétrécissement urétral chez la femme ; quatre étaient organiques et inflammatoires, le cinquième était spasmodique. Ils avaient pour cause la syphilis, une injection caustique à la suite d'une blennorrhagie, une urétrite granuleuse, suites de couches, une urétrite simple et enfin une irritation réflexe produite par un cancer du rectum.

Dans les cas qu'a observés Churchill, le rétrécissement a été traité par la dilatation graduelle, à l'aide de bougies.

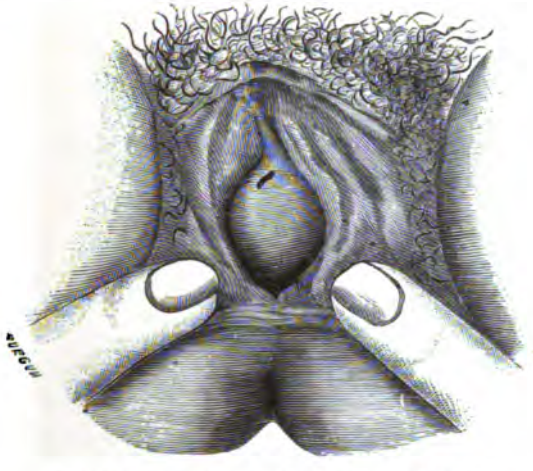


Fig. 194. — Dilatation de l'urètre par atrésie.

Newmann a employé l'électrolyse ; voici comment il procède : le pôle positif d'une batterie galvanique de huit à dix éléments est placé dans les mains de la malade. On fixe au pôle négatif une sonde métallique à olive, que l'on introduit dans le méat ; au bout de quelques minutes, la sonde pénètre dans la vessie quelles que soient la nature et l'ancienneté du rétrécissement. On répète ensuite l'opération en augmentant le volume de la sonde.

[1] *Archives générales de Médecine*, 1876.

IV. — Imperforation du méat urinaire

Elle est rare et se reconnaît facilement aux angoisses de l'enfant, à l'absence de l'urine sur les linges et à l'inspection de la vulve.

Le plus souvent l'obstruction est due à la présence d'une membrane très mince à l'orifice de l'urètre et qu'il suffit d'inciser pour rétablir le cours de l'urine. Il faut avoir la précaution de maintenir la petite plaie dilatée à l'aide d'une petite bougie en gomme, jusqu'à complète cautérisation.

V. — Absence de l'urètre

On a observé des cas où la vessie s'ouvrait directement dans le vestibule, sans qu'il existât aucun vestige de l'urètre. On a également publié des observations dans lesquelles l'urètre s'ouvre au-dessus du clitoris. Ces anomalies sont intéressantes, mais elles ont été considérées jusqu'à ce jour comme au-dessus des ressources de l'art chirurgical.

Déplacements de la vessie. Cystocèle. Calculs. Corps étrangers. — La vessie est sujette à de nombreux déplacements physiologiques et pathologiques. Elle est élevée pendant l'accouchement ou lorsqu'il existe des fibromes utérins volumineux ; elle est déplacée en bas dans le prolapsus utérin. Mais le déplacement pathologique le plus important et le plus fréquent est la cystocèle. Dans ce cas, la vessie forme une tumeur qui fait saillie à la vulve. Nous décrivons plus loin cette affection en traitant les affections vaginales. (Voy. *Cystocèle vaginale.*)

Nous ne décrirons pas ici les néoplasmes et les calculs. Les tumeurs de la vessie ne présentent, du reste, aucune particularité spéciale à la femme. Quant aux calculs, ils peuvent être mentionnés en ce sens qu'ils résultent parfois de l'introduction dans la vessie de corps étrangers par des femmes, dans un but de lubricité. Mac Donald a enlevé de la vessie d'une femme un calcul volumineux qui s'était formé autour d'une épingle à cheveux. Les exemples de ce genre ne sont pas rares.

On utilisera, pour l'extraction des calculs et des corps étrangers de la vessie les méthodes de dilatation de l'urètre que nous avons décrites plus haut.

VI. — Cystites

Les diverses inflammations de la vessie méritent une mention, en raison des quelques symptômes qui sont spéciaux à la femme.

La cystite est une complication fréquente des maladies utérines. Elle accompagne presque toujours l'urétrite blennorrhagique. Elle est souvent la conséquence d'opérations pratiquées sur l'utérus et le vagin ou du traumatisme résultant de l'application du forceps ou même simplement du passage de la tête fœtale pendant l'accouchement.

La *cystite aiguë* donne lieu à des symptômes extrêmement douloureux. La miction est fréquente et donne lieu à des épreintes qui jettent les femmes dans un état d'angoisse et d'énervement des plus pénibles.

L'urine prend souvent une odeur ammoniacale très prononcée, elle est acide et laisse déposer du mucus, quelquefois du pus et du sang.

Il importe d'agir énergiquement contre cet état. On emploiera l'opium et la morphine à haute dose soit par la voie hypodermique, soit par l'emploi des suppositoires rectaux.

Extrait thébaïque.	1 centigramme
Extrait de belladone	5 milligr.
Beurre de cacao	Q. s.

Un suppositoire toutes les heures jusqu'à cessation de la douleur.

La malade gardera le lit et sera mise au régime lacté. Si l'urine est ammoniacale et si l'irritabilité de la vessie persiste, on fera trois fois par jour un lavage à l'acide borique (10 gram. pour 1000).

Si la cystite a une origine blennorrhagique on emploiera le santal et le copahu.

Dans la *cystite chronique* les phénomènes sont moins douloureux mais ils revêtent généralement une grande persistance. L'affection peut être entretenue par des tumeurs utérines exerçant une pression sur la vessie ou par un déplacement de l'organe. Dans la cystocèle, la vessie se vide incomplètement et donne lieu à de la cystite.

Lorsque la cystite chronique a résisté aux traitements ordinaires (diète lactée, repos, alcalins, balsamiques), on aura recours aux lavages vésicaux avec la solution boriquée. Ces lavages sont faits avec une sonde à double courant et renouvelés après chaque miction. Dans certains cas, il est préférable de distendre la vessie avec une

solution boriquée faible à l'aide de la seringue à hydrocèle. Cette distension de la vessie répétée trois fois par jour nous a donné d'excellents résultats.

On a obtenu la guérison de la cystite chronique chez la femme en

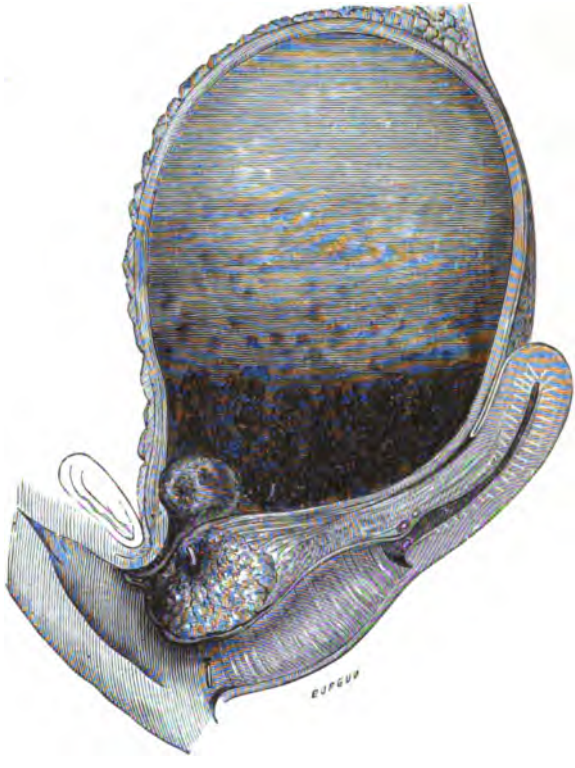


Fig. 195. — Cancer primitif de l'urètre propagé à la vulve et compliqué de cystite hémorragique. Forme épithéliale.

appliquant la sonde à demeure. Les cathéters de Skene et de Sims (fig. 196) conviennent parfaitement pour cet usage. L'écoulement permanent de l'urine empêche les contractions de la vessie et amène ainsi la guérison.

Lorsque le cathéter ne peut être supporté dans les cas rebelles, Emmet a proposé la création d'une fistule vésico-vaginale artificielle. Cette opération, très simple, nous paraît justifiée, étant donnée la triste situation dans laquelle se trouvent certaines femmes atteintes de cystite.

La *production artificielle d'une fistule* vésico-vaginale peut encore

être utile dans certaines cystites purulentes ; en donnant une libre issue au pus on empêche souvent son refoulement dans les uretères et l'extension de l'infection jusqu'au rein.

Voici comment on procède. La femme étant anesthésiée et placée dans la position de la taille, un aide introduit un cathéter métallique assez volumineux dans la vessie et on presse sur la paroi vaginale antérieure qui vient se présenter comme dans la cystocèle. L'opérateur produit alors une boutonnière à l'aide du thermocautère chauffé au rouge sombre.

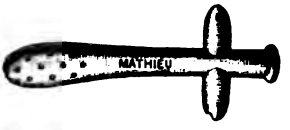


Fig. 196. — Cathéter de Sims pouvant être laissé à demeure.

L'urine s'écoule par l'ouverture artificielle. Il en résulte un soulagement immédiat pour la malade. Il va sans dire qu'il faut répéter fréquemment les lavages de la vessie et les irrigations vaginales, après une opération de ce genre.

Au bout de quelques mois, on pratique l'opération de la fistule vésico-vaginale pour obturer l'orifice lorsque la cystite est guérie.

VII. — Cancer de l'urètre

Le cancer primitif de l'urètre est rare. Péan en a publié une observation intéressante (fig. 195) ; en général le cancer débute par la vessie et ne se propage que très lentement aux organes génitaux externes.

CHAPITRE IV

MALADIES DU VAGIN

Nous étudierons dans ce chapitre les *maladies inflammatoires et infectieuses du vagin*, les *tumeurs*, le *prolapsus* et la *hernie*, les *anomalies et vices de conformation du vagin*, le *vaginisme*. Les déchirures du périnée et les fistules vésico-vaginales, qui constituent une des parties les plus importantes de la chirurgie gynécologique, feront l'objet de chapitres spéciaux.

I. — Maladies inflammatoires du vagin. — Vaginites

Généralités. Etiologie. — Les traités classiques de gynécologie admettaient un grand nombre de variétés de vaginites basées sur l'étiologie et l'anatomie pathologique ; c'est ainsi qu'on décrivait une vaginite simple aiguë, puis une vaginite blennorrhagique aiguë et chronique ; enfin on admettait des variétés de vaginite granuleuse, exfoliante, exsudative, folliculaire, pseudo-membraneuse, traumatique, etc.

La découverte de Neisser qui attribue à un microbe pathogène spécial, le gonocoque, l'infection et l'inflammation de la vulve et du vagin, a permis de simplifier considérablement l'étude des vaginites en les ramenant à un seul type présentant des symptômes communs et ayant pour origine l'*infection microbienne*.

C'est à dessein que nous disons *infection microbienne* sans spécifier la nature du microbe, car, si l'on peut dire que la vaginite est le plus souvent blennorrhagique, il est en effet démontré que, en dehors du gonocoque, un grand nombre de microbes pathogènes pullulent à l'état normal dans le vagin ; ces microbes peuvent, à un moment donné, acquérir une virulence spéciale et déterminer une vaginite, qui, sans être blennorrhagique, présentera les mêmes symptômes.

Ces données générales sur l'étiologie, encore fort controversée, de

la vaginite ne changent du reste rien ni à la symptomatologie ni au traitement.

A côté de l'étiologie microbienne il y a du reste lieu cependant d'admettre d'autres causes : l'exposition au froid et à l'humidité, l'excitation directe résultant d'un pessaire ou d'un coït, les affections générales ou constitutionnelles, la rétention des produits putréfiés de secrétion, la parturition.

Il n'est pas rare d'observer une vaginite aiguë, après le mariage, à la suite des premiers rapprochements sexuels. Chez les prostituées qui font un grand abus du coït, cette affection est fréquente.

Un fragment d'éponge ou toute autre substance laissée dans le vagin peut devenir la cause d'une vaginite, en s'opposant à l'écoulement des sécrétions. Thomas signale des cas où l'inflammation de la muqueuse vaginale avait atteint un haut degré d'intensité à la suite du contact accidentel d'une solution d'acide chromique destinée à cautériser l'utérus. Le lymphatisme, la tuberculose, la malpropreté sont considérés comme jouant un rôle dans l'étiologie des vaginites.

Anatomie pathologique. — Au début, on observe une grande vascularité de la membrane muqueuse dont les artérioles sont très distendues. Cette membrane présente des sinuosités, des boursouflements qui ont fait donner à cette maladie le nom de vaginite granuleuse par Schrœder. L'épithélium se desquame de telle sorte qu'il existe parfois une abrasion de la muqueuse qui peut ensuite faire place à des ulcérations folliculaires ou à des dépôts diphtéritiques. On a observé, quoique rarement, des cas où l'épithélium tombait entièrement et présentait alors la forme d'un moule analogue à celui qui est quelquefois expulsé de l'utérus, dans la dysménorrhée membraneuse.

Dans les cas très graves, l'inflammation se propage aux tissus sous-jacents et prend les caractères d'un véritable phlegmon qui peut se terminer par la suppuration.

Vingt-quatre ou trente heures après l'incubation de la maladie, la sécrétion naturelle de l'organe est supprimée. Puis survient un écoulement âcre, fétide et franchement purulent qui présente, au bout de huit à dix jours, les caractères du muco-pus.

L'écoulement est constitué par du pus, contenant le plus souvent des gonocoques et autres microbes pathogènes, par des cellules épithéliales, des globules sanguins, etc. On trouve également dans les sécrétions un animalcule infusoire décrit pour la première fois par

Donné, sous le nom de *trichomonas vaginalis*. Quelques auteurs ont prétendu que ce prétendu parasite n'était autre chose qu'un épithélium à cils, mais il est plus que probable qu'il s'agit *réellement* d'un infusoire qui se trouve dans les sécrétions morbides du vagin. Le trichomonas avait d'abord été considéré, par Donné, comme le caractère distinctif de la vaginite spécifique, mais c'est là une opinion qui n'a pas été confirmée par les recherches bactériologiques récentes.

Symptomatologie. — La vaginite débute par un prurit léger qui porte les malades à se gratter et même à rechercher le coït ; une sensation de chaleur, de cuisson et de plénitude dans le vagin se fait ensuite sentir. Si la phlegmasie est intense, la douleur s'irradie vers les cuisses et il existe presque toujours une cystite plus ou moins intense.

Les lésions inflammatoires sont quelquefois assez étendues pour occasionner des symptômes généraux, fièvre, douleurs lombaires, etc., et faire soupçonner une affection de l'utérus et même du péritoine.

Au début, les parties sont sèches, luisantes et enflammées ; on voit apparaître, vers le deuxième jour, un écoulement successivement muqueux, muco-purulent et enfin franchement purulent. Cet écoulement est formé par du pus, des globules sanguins et des débris épithéliaux : lorsqu'il est franchement établi, les symptômes douloureux ne tardent pas à s'amender.

L'examen au spéculum est souvent difficile, à cause de la douleur ; on trouve le calibre du vagin très diminué et la membrane muqueuse très tuméfiée. Cette dernière présente une coloration rouge vif pouvant aller jusqu'au violet foncé. Au toucher on sent de la chaleur et du boursouflement.

On peut employer, pour examiner le vagin, des écarteurs qui permettent de séparer les parois. Une de ces valves peut servir pour exercer une pression sur la paroi antérieure, afin de faire sourdre le pus qui s'accumule souvent dans l'urètre.

Divisions. — Si nous n'avons pas, comme on le faisait autrefois, consacré un chapitre spécial aux différentes variétés de vaginites, nous devons cependant, en nous plaçant au point de vue clinique, reconnaître un certain nombre de types : voici les principaux.

1° Vaginite blennorrhagique des adultes ou vaginite catarrhale simple. — C'est le type ordinaire dont nous venons de décrire la

symptomatologie ; elle est extrêmement commune chez les prostituées et même chez les jeunes femmes infectées par des maris atteints de gonorrhée chronique ; elle présente du reste les mêmes caractères que la vaginite non spécifique. Elle est également désignée sous le nom de *vaginite granuleuse*. Les papilles de la muqueuse vaginale sont hypertrophiées et forment des petites saillies lenticulaires. Ces papilles augmentent de volume, se juxtaposent et se recouvrent d'une mince couche épithéliale.

Dans la *vaginite simple* la surface épithéliale reste lisse et la prolifération papillaire est moins prononcée.

2° **La vaginite des petites filles** qui peut être blennorrhagique ou simplement se développer sous des influences morbides qui desquament l'épithélium et mettent l'organisme en état de réceptivité, telles que la rougeole, la scarlatine, etc.

3° **La vaginite sénile** (colpitis vetularum) qui s'observe après la ménopause chez les femmes qui sont sujettes à la diathèse herpétique ou eczémateuse et négligent les soins d'hygiène et de propreté.

4° **Vaginite chronique ou leucorrhée.** — La vaginite chronique est une maladie extrêmement fréquente qui s'observe le plus souvent à la suite de la vaginite aiguë.

Étiologie. — Parmi les causes de vaginite chronique nous citerons : le coït trop fréquemment répété, les accouchements fréquents, la présence des corps étrangers (pessaires) dans le vagin ou les organes voisins, les déplacements de l'utérus, etc. Mais les causes qui produisent plus fréquemment la vaginite chronique sont générales et tiennent à la constitution. La scrofule, le lymphatisme, les troubles sympathiques ont certainement une influence marquée sur la production de cette affection.

Symptomatologie. — L'écoulement constitue le principal symptôme ; ses caractères sont variables ; tantôt il est abondant et jaune verdâtre, comme dans la vaginite aiguë, tantôt il est incolore, blanchâtre ou crémeux. Le pus fourni est d'une réaction acide et généralement sans action sur les parties environnantes.

En général, les malades n'accusent pas de douleurs et n'éprouvent aucun trouble du côté de la vessie et du rectum. Cependant, lorsque l'écoulement est très ancien et très persistant, il y a quelquefois des

douleurs dans les cuisses, le dos et les reins, en même temps qu'un sentiment de faiblesse et de lassitude.

L'examen au spéculum, qui est facile, devra toujours être pratiqué. On trouvera une augmentation dans la coloration de la muqueuse vaginale et des petites saillies rougeâtres d'un diamètre variant d'un demi-millimètre à 2 millimètres. Ces granulations, qui constituent le signe caractéristique de la vaginite chronique, ont le plus souvent la forme d'une demi-sphère adhérant par la base, mais elles acquièrent quelquefois un plus grand développement. On peut également les sentir, à l'aide du toucher.

Schrœder a décrit, dans la vaginite chronique, un état emphysémateux de la muqueuse vaginale. Cet état s'observe surtout dans la vaginite qui accompagne la grossesse.

Marche. Durée. Terminaison. — Rien n'est plus irrégulier que la marche de la vaginite chronique. Cette affection, souvent rebelle, peut se perpétuer pendant des années entières, et il ne faut pas en espérer la guérison spontanée. La maladie peut présenter des exacerbations provoquées par la température, les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve la patiente ou par l'intervention des autres causes que nous avons énumérées.

Diagnostic. — De même que dans la vaginite aiguë, il est impossible de distinguer, d'après les symptômes et l'écoulement, si l'affection est blennorrhagique ou simplement inflammatoire. L'étude attentive des diverses formes de vaginite chez la femme, nous a amené à conclure qu'il est impossible, dans la grande majorité des cas, de distinguer la vaginite simple inflammatoire de la vaginite blennorrhagique. Ce n'est donc que par la bactériologie qu'on peut arriver à élucider ce point important.

5° Vaginite diphtéritique. — L'inflammation diphtéritique de la muqueuse vaginale est extrêmement rare; dans la grande majorité des cas, elle est presque toujours secondaire et se développe pendant le cours d'une phlegmasie de même nature siégeant sur d'autres organes.

La diphtérite du vagin s'observe quelquefois, après l'accouchement, pendant le cours de la péritonite et de la pyohémie puerpérale. Elle règne alors épidémiquement dans les maternités et se présente avec des caractères exceptionnellement graves.

Barnes décrit une forme de vaginite dans laquelle la muqueuse est

couverte de pellicules ou de flocons blancs à laquelle on a donné, à tort ou à raison, le nom de diphtéritique ; on devrait l'appeler pseudo-diphtéritique. Cette forme de vaginite ne s'accompagne pas de symptômes fébriles très marqués ; elle est exactement limitée à la muqueuse et les pellicules sont presque uniquement formées de cellules épithéliales agglomérées. La formation de ces pellicules semble due simplement à l'excès relatif des cellules sur le mucus.

La marche et le traitement de la vaginite diphtéritique ne présentent pas, du reste, de particularités notables.

II. — Traitement des vaginites

Le traitement des diverses variétés de vaginite présente tant d'analogies que nous avons cru pouvoir le décrire dans un seul article.

Dans la vaginite aiguë simple ou blennorrhagique, on prescrira le repos absolu, des bains généraux et locaux, des lotions émollientes et l'usage des boissons délayantes.

Lorsque la vulve est très enflammée et douloureuse, on prescrira l'application de compresses ouatées sur les cuisses, le bas-ventre et la région périnéale. On peut également combattre les douleurs par des lavements émollients et laudanisés.

L'isolement des surfaces doit être pratiqué avec les absorbants de diverses natures qui sont à la disposition du médecin : ouate iodoformée, linges fins, poudres de lycopode, de bismuth, etc. Ce qui est essentiel pendant la période aiguë, c'est de maintenir la vulve aussi propre que possible et d'empêcher que le séjour des sécrétions n'augmente l'inflammation en déterminant des érythèmes et n'étende l'infection au méat urinaire et à l'anus.

La femme devra donc être soigneusement lavée après chaque miction et la vulve bien séchée avec une poudre absorbante qui sera maintenue en place avec un paquet d'ouate hydrophile. Voici une bonne formule de poudre :

Iodoforme	4	grammes
Tanin	1	—
Lycopode	15	—

Il faut faire des injections vaginales même dans la période aiguë, on emploiera le permanganate de potasse et le sublimé au 10.000e. Dans les cas où cela sera possible, le médecin devra faire lui-même ces

irrigations qui seront renouvelées trois ou quatre fois par jour; il pratiquera ensuite un tamponnement à la gaze iodoformée ; c'est le seul moyen de guérir rapidement la vaginite aiguë et d'empêcher l'extension de l'infection aux organes voisins.

Il ne faut pas négliger le traitement général ; la malade restera au lit, sera soumise à une alimentation légère ; on administrera en même temps des laxatifs légers et on donnera des diurétiques alcalins, afin de calmer l'irritation produite par le passage de l'urine.

Dans les cas où l'inflammation est très intense et occasionne de vives douleurs, on se trouvera bien de l'usage de l'opium et des bromures, dont on augmentera la dose jusqu'à l'apaisement des symptômes douloureux et nerveux.

Lorsque la maladie tend à devenir subaiguë ou chronique, on appliquera avec soin le spéculum de Sims et l'on badigeonnera la muqueuse vaginale avec une solution de nitrate d'argent (2 grammes sur 30 d'eau). On placera ensuite, avant de retirer le spéculum, un fort tampon de coton saturé de la mixture suivante :

Glycérine	120 gr.
Acide tannique.	2 —
Sulfate de morphine	12 centigr.

Ce tampon peut être maintenu pendant quarante-huit heures consécutives. On peut le remplacer par un tampon imbibé de glycérine contenant du sulfate de zinc ou de l'acétate de plomb.

Une fois le tampon enlevé, on pratique une irrigation vaginale et l'on place dans le canal un suppositoire au beurre de cacao, gélatine ou gomme adragante et contenant du persulfate de fer, de l'alun, du cuivre, du zinc ou de l'opium. Je recommande surtout la formule suivante :

Acide tannique	3 gr.
Sulfate de morphine.	15 centigr.
Beurre de cacao	9 gr.

Placer un suppositoire chaque matin dans le vagin, après l'injection.

Dans quelques cas où le vagin est très sensible ou très étroit, les malades éprouveront quelques difficultés au moment de l'introduction des topiques, on emploiera alors le spéculum rectal pour appliquer les pansements.

Lorsque la maladie passe à l'état chronique, il faut surveiller l'état général et appliquer un traitement tonique aussitôt qu'il est jugé nécessaire. On évitera pendant la durée de ce traitement les aliments trop stimulants ou trop épicés. Le grand air, l'hydrothérapie, les bains de mer sont particulièrement recommandés.

Dans les cas où l'on soupçonnera l'existence d'une maladie spécifique, on pourra avoir recours aux balsamiques (copahu, cubèbe, etc.); ces médicaments peuvent être utiles, à cause de leur action sur les muqueuses, quoique ces propriétés soient bien moins marquées chez la femme que chez l'homme.

Dans la *vaginite blennorrhagique des femmes enceintes* on devra redoubler de précaution au moment de l'accouchement pour empêcher l'infection possible du fœtus. On sait combien est grave et fréquente l'ophtalmie des nouveau-nés.

III. — Gangrène du vagin

La gangrène se montre rarement d'emblée dans le vagin ; lorsqu'elle y apparaît, elle est presque toujours consécutive à la gangrène de la vulve ou de l'utérus.

On ne possède pas d'exemples d'inflammation vaginale ayant abouti à la gangrène ; mais les auteurs ont rapporté des observations dans lesquelles la présence d'un pessaire dans le vagin a pu la produire. Nonat parle d'une femme de quarante ans qui fut admise à la Charité pour une métrite interne avec abaissement de l'utérus. Sur les conseils d'un médecin elle avait porté un pessaire. Cet instrument ayant occasionné des douleurs intolérables, Nonat le retira et put constater une gangrène du vagin. La malade succomba, après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

Mais les causes les plus fréquentes de la gangrène du vagin se rattachent à l'obstétrique. Le plus souvent, en effet, elle est due à un accouchement laborieux, à la compression produite par la tête dans le détroit supérieur, l'emploi intempestif du céphalotribe, du forceps, etc.

La gangrène du vagin ne diffère pas, quant à sa marche et à ses symptômes, de la gangrène de la vulve que nous avons décrite précédemment. Elle peut cependant présenter des complications plus graves et donner lieu à une péritonite purulente rapidement mortelle.

Le traitement ne présente pas non plus d'indications spéciales. En raison du peu d'épaisseur des parois vaginales et de la proximité d'organes importants, il ne faut pas songer à circonscrire le travail de

mortification par des moyens chirurgicaux. Il faut favoriser, autant que possible, l'élimination des eschares et des autres produits pathologiques par des injections désinfectantes. Dans les cas, très rares du reste, où la maladie suit une marche favorable, il faut surveiller attentivement le travail de réparation, afin de prévenir la formation de rides et de cicatrices vicieuses.

IV. — Abcès du vagin

Des abcès se développent assez fréquemment sur différents points du vagin, mais particulièrement sur les parois antérieures et postérieures de ce conduit, et plus près de la vulve que de l'utérus.

Ils sont presque toujours spontanés et consécutifs à une vaginite aiguë et à l'inflammation des follicules mucipares de la muqueuse vaginale. Nonat, qui a le premier consacré un article spécial à la description de ces abcès, les attribue souvent au traumatisme.

Symptomatologie. — Les malades éprouvent dans le vagin une sensation de chaleur et de plénitude qui est bientôt suivie de douleurs lancinantes s'irradiant dans le bassin, les régions inguinales et le rectum. Cette douleur est presque toujours accompagnée de ténesme vésical et rectal, et augmentée, pendant l'acte de la défécation ; les mouvements et la marche sont extrêmement difficiles.

L'examen au spéculum n'est généralement pas praticable, à cause de la douleur ; le toucher vaginal permet de constater la présence d'une tumeur de grosseur variable qui forme une saillie et obstrue le conduit vaginal et sur laquelle on peut aisément sentir la fluctuation.

Diagnostic. — Il ne faut pas confondre les collections purulentes limitées au vagin et s'y formant d'emblée, avec les fusées de pus qui peuvent provenir d'abcès péri-utérins que nous étudierons un peu plus loin. La marche des symptômes est bien différente, dans les deux cas. Les abcès du vagin ne donnent généralement pas lieu à des accidents graves, tandis que les phlegmons péri-utérins sont toujours accompagnés de symptômes généraux graves. Il ne sera pas non plus difficile de distinguer un abcès du vagin des tumeurs kystiques dont ce canal peut être le siège.

Traitement. — Quand l'abcès est bien constaté, il faut se hâter de l'ouvrir, dans la crainte de le voir se frayer un chemin dans la vessie

ou le rectum. On pratiquera ensuite des injections fréquentes avec un liquide désinfectant, pour prévenir le séjour du pus.

V. — Prolapsus du vagin

On dit qu'il y a prolapsus du vagin lorsque, par suite de la perte de leur tonicité musculaire, les parois s'affaissent dans le canal et font saillie à la vulve. Comme cet affaissement produit généralement un prolapsus de l'utérus, des intestins, de la vessie et de la paroi antérieure du rectum, il en résulte que l'affection se confond généralement sous les noms de prolapsus utérin, entérocèle, cystocèle et rectocèle. Comme il existe une grande divergence d'opinions sur la nature du prolapsus du vagin, il est avant tout nécessaire de définir clairement cet état morbide. Quelques auteurs prétendent que la hernie des viscères qui avoisinent le vagin ne doit pas être désignée sous le nom de prolapsus, état morbide qui, d'après Colombat, n'est autre chose qu'un renversement de membrane muqueuse causé par l'infiltration de la texture celluleuse qui unit cette muqueuse aux parties sous-jacentes.

D'autres auteurs pensent que le véritable prolapsus ne saurait exister sans le déplacement simultané d'un ou de plusieurs organes ; tous admettent cependant que la présence dans le bassin d'un corps volumineux tel que celui qui résulte de la grossesse peut faire saillir à la vulve une portion du canal vaginal, mais que ce n'est pas là un véritable prolapsus.

C'est une question très importante que de savoir si le prolapsus du vagin peut exister seul, sans être accompagné du rectocèle ou du cystocèle ou de prolapsus utérin. « La paroi antérieure ou du vagin, dit Gaillard Thomas, est fermement adhérente à la base de la vessie et à la partie antérieure du museau de tanche et par l'intermédiaire des ligaments sacro-utérins, elle est indirectement fixée au sacrum. Cette paroi contribue à supporter l'utérus, la vessie et les intestins. La paroi postérieure n'est pas aussi fermement fixée au rectum quoique l'adhérence soit très solide, au niveau du cul-de-sac utéro-rectal du péritoine. Au septum périnéal, un peu au-dessus de la vulve et au niveau du bord supérieur du corps périnéal, les fibres musculaires du vagin se confondent et s'insèrent avec celles du rameau ischio-pubien. C'est à ce niveau que le canal est resserré par le pubo-coccygien qui est le véritable muscle sphincter du vagin. La membrane muqueuse du canal se continue ensuite avec la fourchette. Ces dis-

positions anatomiques nous expliquent pourquoi le prolapsus du vagin, sans déplacement simultané d'un ou de plusieurs viscères, est excessivement rare ; elles expliquent également pourquoi, lorsque ce prolapsus s'observe à l'état isolé, il porte seulement sur la paroi postérieure. Je n'ai jamais rencontré de cas de prolapsus de la paroi antérieure sans déplacement de la vessie, mais j'ai vu plusieurs cas de prolapsus de la paroi postérieure, sans déplacement du rectum. »

En somme le mécanisme qui produit chez la femme la cystocèle ou la rectocèle est absolument identique à celui qui produit la hernie inguinale.

Symptomatologie. — Le prolapsus vaginal est caractérisé cliniquement par une tumeur siégeant entre les grandes lèvres et formée par la paroi déplacée.

Cette tumeur est plus ou moins volumineuse, selon l'ancienneté et l'intensité des prolapsus. La muqueuse qui la recouvre est parfois enflammée et excoriée.

Les malades accusent une sensation de malaise et de pesanteur ; il existe le plus souvent des troubles de la miction et de la défécation. Le plus souvent l'utérus est lui-même abaissé ou le siège d'un inflammation plus ou moins intense.

Le symptôme principal observé dans le prolapsus de la paroi antérieure du vagin (cystocèle) est l'incontinence d'urine. Le moindre effort (toux, rire) produit un écoulement involontaire de l'urine et constitue pour la femme une véritable infirmité.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les symptômes du prolapsus vaginal ; ils présentent une grande analogie avec ceux des affections sur lesquelles nous aurons à revenir, notamment le prolapsus utérin et la hernie du vagin.

Variétés. — La résistance du canal vaginal peut être vaincue par un violent effort, un accès de toux, des contractions utérines ou abdominales, enfin par tout acte qui refoule violemment le contenu de l'abdomen vers les viscères pelviens. Ce cas, qui est très rare et qui s'observe surtout après la parturition, est généralement accompagné d'un prolapsus subit de l'utérus (inversion utérine).

Mais la forme chronique est la plus ordinairement observée. A la suite de l'action lente et progressive de l'une ou de plusieurs des causes que nous avons énumérées, la résistance du vagin est graduellement vaincue et l'organe arrive à faire saillie à la vulve. Le prolapsus aigu se produit en quelques minutes, tandis que le prolapsus

chronique est le résultat d'une action lente qui peut persister pendant des mois et même des années sans produire la lésion. Le prolapsus d'une des parois, désigné sous le nom de prolapsus partiel, passe souvent inaperçu et est confondu avec la hernie de la vessie, de l'intestin ou du rectum, qui le complique fréquemment.

Le *pronostic* n'est pas grave ; cette affection ne compromet pas l'existence ; mais elle n'est curable que par l'intervention chirurgicale (voy. *Périnéorrhaphie*, *Colporrhaphie*, etc.).

Le *diagnostic différentiel* et le *traitement* seront étudiés dans l'article consacré au prolapsus de l'utérus.

VI. — Cystocèle vaginale

La cystocèle vaginale ou prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la vessie se rattache intimement à l'affection que nous venons de décrire. Elle est constituée par une hernie formée par le bas fond de la vessie qui est en rapport immédiat avec la partie antérieure du vagin. Les conditions qui favorisent sa production se rapportent à deux chefs : perte d'élasticité du vagin, excès de dilatation vaginale ou vulvaire. Ces deux états reconnaissent pour cause le séjour trop prolongé du fœtus dans l'excavation, l'accouchement artificiel, soit par la version, soit par le forceps, le séjour trop prolongé de pessaires volumineux, les déchirures du périnée, les grossesses nombreuses. Parmi les causes occasionnelles, il faut encore citer les efforts qui agissent dans les hernies du vagin comme dans toutes les hernies abdominales. On remarque en effet que les femmes chez lesquelles on rencontre cette affection appartiennent plutôt aux classes laborieuses de la société.

Sous l'influence de ces différentes causes, la paroi vaginale antérieure se relâche et l'urine venant à s'accumuler, distend la vessie qui presse sur le vagin qui cède lui-même. La répétition fréquente de ce phénomène finit par produire un prolapsus complet et la paroi vaginale finit par apparaître à la vulve.

Symptomatologie. — La cystocèle vaginale est caractérisée par l'apparition d'une tumeur élastique et fluctuante à la partie supérieure de l'entrée du vagin et se prolongeant parfois jusqu'à la vulve. Le volume de cette tumeur varie selon le moment où l'examen est pratiqué. Son volume ordinaire dépasse rarement celui d'un œuf de poule ; il est plus considérable pendant la réplétion de la vessie et diminue

après la miction. La surface de la tumeur est lisse et brillante, mais lorsque la vessie est vidée elle est sillonnée de plis transversaux. Si on comprime la hernie, on fait refouler l'urine par le méat urinaire; si l'on introduit une sonde dans la vessie, on sent le bec à travers les parois de la tumeur vaginale.

Pour peu que la cystocèle vaginale soit volumineuse, elle donne lieu à des désordres plus ou moins graves dans les fonctions génito-urinaires. Les malades accusent une sensation de pesanteur, de la tension dans le vagin. La marche est difficile; la vessie, ayant perdu sa contractibilité, ne se vide que lentement et incomplètement; il en résulte de la dysurie, de la cystite et du catarrhe vésical. L'urine n'étant pas évacuée complètement, s'accumule dans le bas-fond du réservoir et devient facilement fétide et ammoniacale.

Diagnostic. — On peut confondre la cystocèle vaginale avec le prolapsus de l'utérus et la rectocèle vaginale; mais le diagnostic ne présente pas, en général, de sérieuses difficultés. Dans le prolapsus utérin la tumeur est située en arrière; elle est plus molle et plus compressible.

Traitement. — Il consiste à empêcher l'accumulation de l'urine dans la vessie et à combattre l'irritabilité de l'organe, ce qui peut être obtenu par l'emploi d'une sonde à demeure qui aurait le double avantage de faire évacuer le liquide et de maintenir la vessie dans une position plus normale. Ces moyens suffisent quelquefois à procurer la guérison lorsque l'affection est récente; mais lorsqu'elle est ancienne et que le prolapsus est très développé, il faut recourir à des procédés opératoires que nous décrirons plus loin (colporrhaphies).

VII. — Rectocèle vaginale

Le mécanisme de la rectocèle vaginale est le même que celui de la cystocèle. La paroi postérieure du vagin cessant de soutenir la paroi antérieure du rectum et exerçant des tractions sur elle, il se forme une poche rectale qui ne tarde pas à s'emplir de matières fécales. Les matières durcissent, deviennent irritantes, et leur présence détermine de l'inflammation, de l'écoulement, du ténesme, de la constipation et des hémorroïdes. La tumeur ainsi donnée peut atteindre le volume du poing et donner lieu à quelques difficultés de diagnostic à cause de son volume et de sa résistance. Il est facile cependant

de dissiper les doutes par le toucher rectal et l'emploi d'un lavement laxatif.

Etiologie. — Les causes sont donc à peu près les mêmes que dans la cystocèle, mais il faut en ajouter une autre, c'est la constipation. Huguier a rapporté une observation de rectocèle survenue à la suite des efforts de défécation dans un cas de constipation opiniâtre. Baker Brown cite également comme cause l'abus des purgatifs.

Symptomatologie. — Il existe sur la paroi vaginale postérieure une tumeur qui rappelle, par sa couleur et sa forme, la cystocèle. Cette tumeur varie de volume : tantôt c'est un simple pli qui dépasse à peine l'orifice du vagin, tantôt c'est une tumeur qui peut acquérir le volume d'un œuf ou du poing.

Cette tumeur est ordinairement molle et réductible à moins d'une accumulation énorme de fèces et elle augmente par la toux et par l'effort. Si l'examen est pratiqué pendant le décubitus, le doigt ne sent quelquefois rien d'anormal, ce qui explique pourquoi la rectocèle a souvent été méconnue.

On peut également établir le diagnostic par le toucher rectal. Si au moment où la paroi vaginale est refoulée on introduit le doigt en crochet dans le rectum, la pulpe tournée vers le vagin, celui-ci parcourt une poche circonscrite et correspondant à la tumeur vaginale.

Les malades atteintes de rectocèle accusent une sensation de pesanteur dans le vagin et dans la région sacrée et éprouvent quelquefois de la difficulté dans la marche. La défécation est difficile et très douloureuse. La constipation est très opiniâtre et ce symptôme devient le point de départ de désordres plus ou moins graves dans le fonctionnement des organes digestifs.

Traitement. — On cherchera à rendre à la muqueuse sa tonicité normale par des lotions froides et astringentes, et à combattre la constipation et les symptômes douloureux qui se présentent du côté du rectum.

Nous exposerons dans d'autres chapitres le traitement mécanique et chirurgical qu'il convient d'opposer à cette affection. (Voir *Prolapsus de l'utérus*, *Rupture du périnée*, *Colpo-périnéorrhaphie*.)

VIII. — Entérocèle vaginale

L'entérocèle, ou hernie entéro-vaginale, consiste en une descente d'une portion de l'intestin dans le canal vaginal. Le prolapsus se

produit habituellement de la manière suivante : une anse intestinale, restée emprisonnée dans le cul-de-sac de Douglas, dilate ce prolongement séreux, vient s'appliquer entre le rectum et le vagin, déprime la paroi et forme une tumeur à la vulve. Le même phénomène peut se produire pour la paroi vaginale antérieure, entre l'utérus et la vessie, mais les cas de ce genre sont très rares et des praticiens expérimentés affirment n'en avoir jamais rencontré.

L'entérocèle n'est pas un accident grave, à moins qu'il ne survienne pendant le travail de l'accouchement, alors que la strangulation peut se produire; mais cette complication est fort rare, même pendant l'accouchement, parce qu'il existe toujours un libre passage qui permet à l'intestin déplacé de retourner à la cavité abdominale.

IX. — Tumeurs du vagin

Quoique ne présentant pas des caractères bien spéciaux, les tumeurs qui siègent dans le canal vaginal méritent cependant une mention

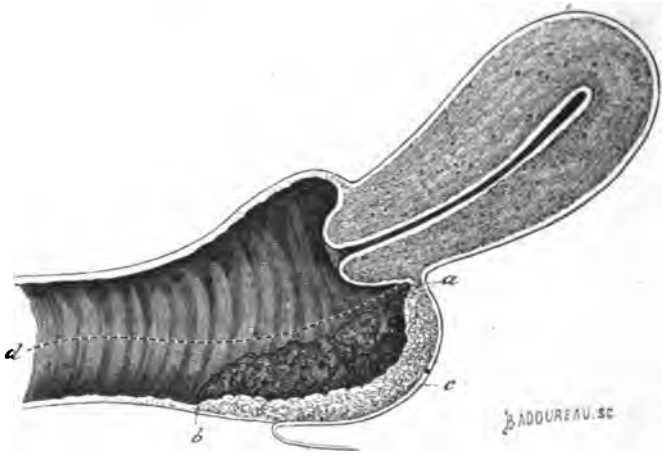


Fig. 197. — Cancer ayant débuté par le vagin.

particulière. Nous étudierons donc le cancer, les polypes et les kystes du vagin.

A. **Cancer du vagin.** — Le cancer du vagin est le plus souvent consécutif au cancer de l'utérus, de la vessie ou du rectum. Il peut cependant se développer primitivement. On s'était même exagéré la rareté du cancer vaginal primitif de cette région. Rondot a

pu en réunir sept observations chez des malades ayant toutes dépassé l'âge de quarante ans.

On a rarement l'occasion d'assister à la première période de cette affection, car les débuts en sont longs et insidieux. C'est le plus souvent à son insu, en pratiquant l'examen vaginal pour se rendre compte d'un écoulement leucorrhéique ou de pertes sanguinolentes, que le médecin découvre le cancer du vagin. Le mal a quelquefois envahi toute une partie de l'organe avant que les malades aient solli-

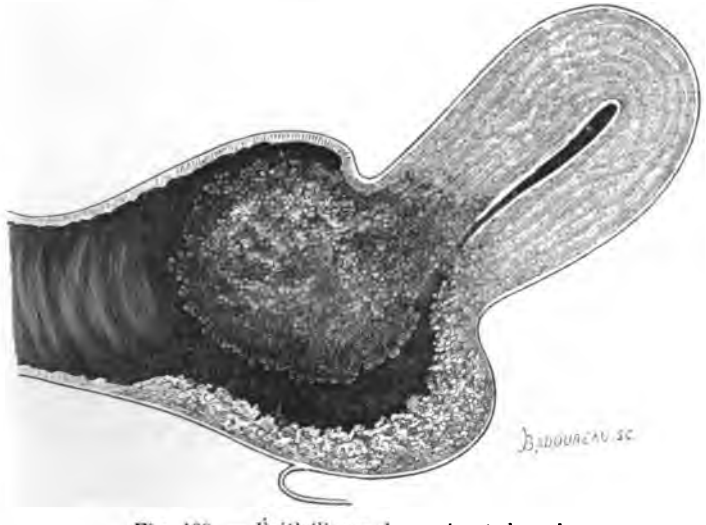


Fig. 198. — Épithélioma du vagin et du col.

cité l'intervention. Il n'en est pas de même du cancer de la vulve, qui est plus fréquent que celui du vagin, et qui, par sa situation, appelle forcément l'attention des malades.

D'après Rondot, le cancer du vagin revêt trois aspects différents, trois formes qui se combinent ou peuvent rester isolées : la forme végétante (fig. 198), la forme infiltrée, et enfin la forme globuleuse ou nodulaire donnant lieu à de véritables tumeurs. Ces formes assez diverses peuvent aboutir à l'ulcération et donner lieu à des pertes de substances déchiquetées, irrégulières, parfois superficielles et peu étendues ; souvent larges et profondes et à fond grisâtre. A cette époque de la maladie, il existe un rétrécissement notable du vagin et un engorgement des ganglions lombaires. Comme symptômes fonctionnels, on observe souvent des douleurs locales vives, lancinantes, des douleurs extensives, sourdes et continues, une rachialgie précoce,

des hémorragies venant du vagin ou tenant à des troubles menstruels, et enfin quelques troubles du voisinage dans les fonctions du vagin et du rectum.

Diagnostic. — Le cancer du vagin peut être confondu à son début avec d'autres néoplasmes, mais l'appréciation des troubles fonctionnels qui ne tardent pas à survenir, l'existence d'engorgements ganglionnaires profonds, la rapidité de la marche, la cachexie, tous les signes enfin qui appartiennent au cancer en général, ne permettent pas de rester trop longtemps dans l'incertitude. Il est du reste exceptionnel d'assister aux premières phases du cancer primitif du vagin et le diagnostic, toujours facile lorsque la maladie est en pleine évolution, sera complété par l'examen histologique.

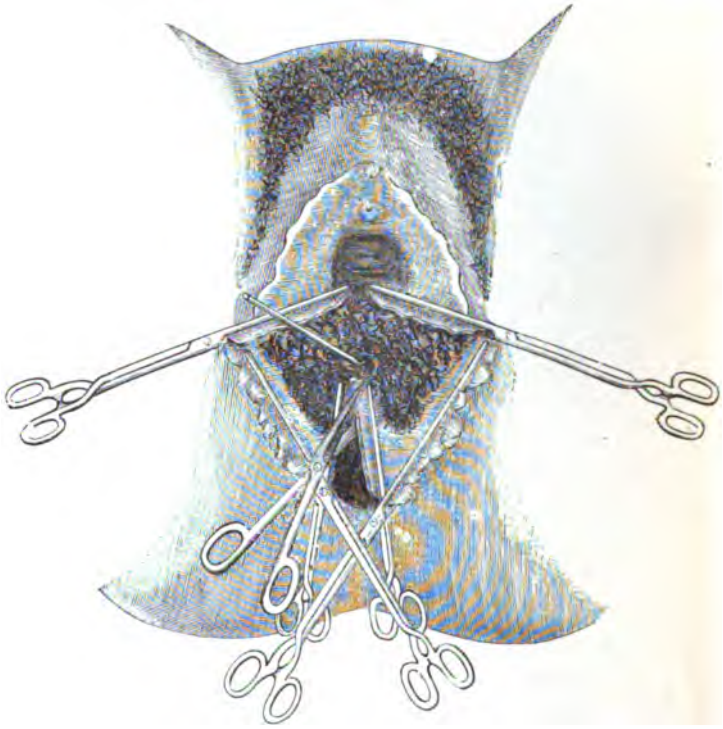


Fig. 199. — Cancer de la paroi recto-vaginale.
1er temps : dissection de la cloison recto-vaginale et excision du néoplasme.

Traitement. — L'extirpation de la tumeur cancéreuse est le seul moyen curatif à employer, mais pour qu'il soit effectif, il faut assister à la première période de la maladie et ne pas hésiter à opérer dès le

début. On emploiera, selon le cas, l'excision, l'érosion linéaire ou la ligature, mais on devra se prémunir, par l'introduction de corps dilatants, contre la rétraction cicatricielle et les rétrécissements consécutifs de l'urètre et du vagin. Nous ne saurions recommander la cautérisation qui est le plus souvent illusoire et qui peut même, dans certains cas, activer la marche de la maladie. On évitera avec soin toutes les causes de fluxion vers les organes génitaux et l'on avertira les malades des conséquences graves que la grossesse pourrait avoir pour elles.

B. **Cancer de la cloison recto-vaginale.** — Il convient de décrire en même temps que le cancer du vagin les néoplasmes qui ont pour

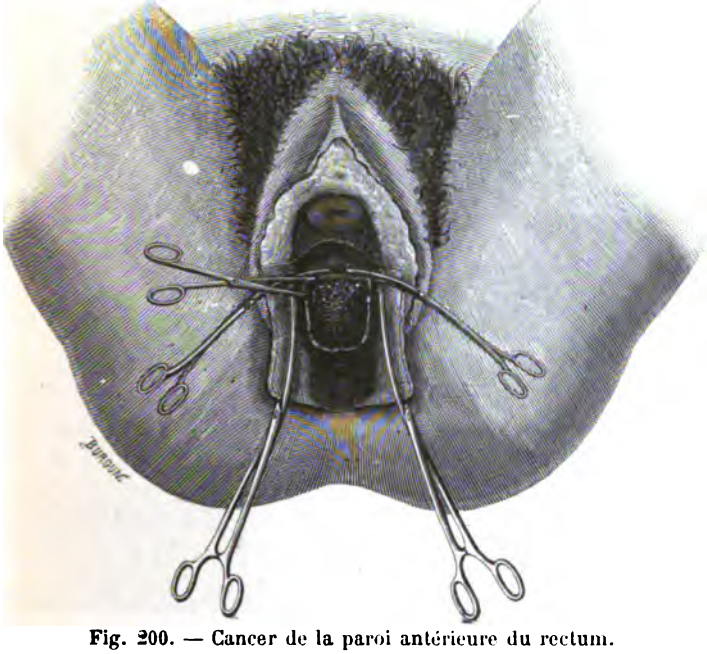


Fig. 200. — Cancer de la paroi antérieure du rectum.
2e temps : pincement préventif de la cloison recto-vaginale.

point de départ le rectum et qui ont une tendance inévitable à envahir rapidement le vagin.

Ces tumeurs qui siègent souvent à la paroi inférieure du rectum ont bien plus d'importance que le cancer du vagin proprement dit ; elles sont fréquentes et évoluent avec assez de rapidité. Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est que ces tumeurs sont facilement opérables lorsqu'elles siègent sur la paroi antérieure du rectum, ce qui est souvent le cas.

Technique opératoire. — Péan a appelé l'attention sur le cancer de la paroi antérieure du rectum chez la femme ; il a insisté sur sa fréquente, sur la facilité avec laquelle on pouvait enlever les néoplasmes et sur la survie considérable qu'on était en droit d'espérer si l'opération était pratiquée de bonne heure.

Les figures 199 à 201 indiquent la technique opératoire très simple qu'il a proposée ; elle présente la plus grande analogie avec

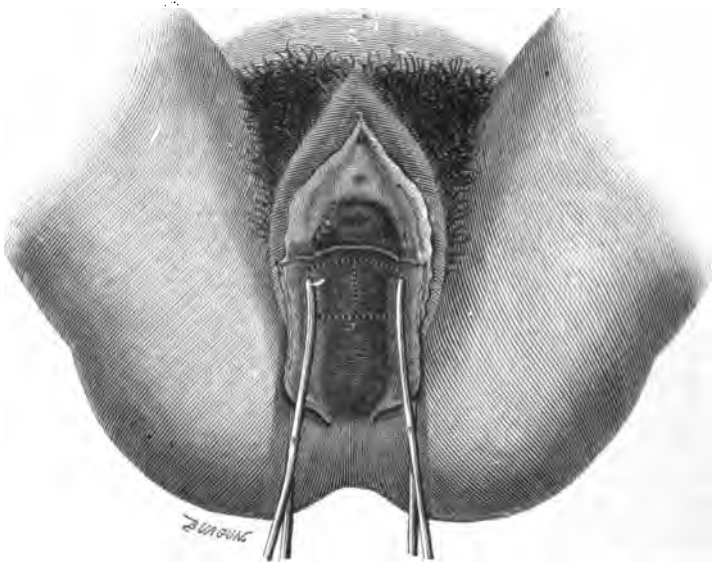


Fig. 201. — Cancer de la paroi recto-vaginale.
3e temps . affrontement.

les autoplasties pratiquées pour la restauration du périnée et les colporrhaphies. Le premier temps consiste à disséquer la tumeur ce qui peut être obtenu sans perte de sang grâce au foulement préventif ; une fois le néoplasme excisé on étend l'avivement (fig. 201) de façon à obtenir l'affrontement de la plaie. On obtient ainsi une réunion immédiate qui met pendant longtemps les malades à l'abri de la récidive et qui contribue certainement à retarder l'infection et l'extension du néoplasme dans les cas où le chirurgien est assez heureux pour intervenir de bonne heure.

C. **Polypes du vagin.** — Les polypes du vagin sont rares, et leur présence a même été contestée par quelques auteurs.

Klob et Biégel ont fourni sur les tumeurs des détails histologiques assez précis pour qu'il soit impossible d'en nier l'existence.

Les polypes du vagin sont généralement pédiculés et s'insèrent le plus souvent à la paroi postérieure du vagin.

Lorsqu'ils sont peu volumineux, ils n'occasionnent aucune gêne appréciable et peuvent même passer inaperçus, mais s'ils acquièrent un certain volume, ils peuvent, à la longue, agir à la manière d'un corps étranger et déterminer des troubles plus ou moins graves dans la fonction génito-urinaire.

Le *traitement* des polypes du vagin ne présente rien de spécial. L'extirpation de la tumeur est toujours indiquée, et on la pratique soit par l'écrasement linéaire, soit par la ligature extemporanée. Ces deux procédés, qui n'exposent pas à l'hémorragie et ne nécessitent pas même la cautérisation de la surface d'implantation, nous paraissent de beaucoup préférables à l'excision.

D. **Kystes du vagin.** — Les kystes du vagin sont rares et n'ont été l'objet que d'un petit nombre de travaux.

Huguier a décrit sous le nom de *kystes muqueux folliculaires du vagin* des tumeurs à marche lente et ayant pour point de départ les follicules superficiels et profonds contenus dans la muqueuse vaginale.

Ces kystes ont été divisés en deux variétés : *superficiels et profonds*. Les kystes *superficiels* se rencontrent le plus souvent près de l'orifice inférieur du vagin et sur sa partie antérieure ou latérale. Ils sont simples ou multiples ; ils présentent une forme sphérique et leur volume dépasse rarement celui d'une petite noisette. Ils contiennent un liquide filant et visqueux.

Les kystes *profonds* sont également situés sur la paroi antérieure, mais plus près de l'orifice utérin. Ils sont plus souvent uniques et peuvent acquérir le volume d'un œuf de poule. Sessiles au début, ces kystes peuvent devenir pédiculés et même se présenter à l'orifice vulvaire. Ils sont généralement opaques et contiennent une matière visqueuse et filante, analogue à du mucilage de pomme.

D'après Schrœder, ces kystes siègent plutôt à la paroi antérieure du vagin. Ils sont tapissés par une simple couche d'épithélium cylindrique qui contraste avec les couches multiples d'épithélium pavimenteux de la muqueuse vaginale.

Traitement. — Les kystes superficiels seront incisés et cautérisés au nitrate d'argent. Quant aux kystes profonds, on assurera d'abord le diagnostic par une ponction exploratrice. Une fois la nature du

kyste reconnue, on agrandira l'ouverture faite par le trocart et l'on cautérisera avec le thermocautère, ou le crayon de nitrate d'argent.

Il sera néanmoins préférable, pour prévenir la récidive, d'enlever, avec les ciseaux, une partie des parois du kyste.

A la suite de ces différentes tumeurs, on peut en placer quelques-unes moins importantes et plus rares ; telles sont les végétations, les tubercules et les sarcomes du vagin.

E. **Végétations.** — On rencontre parfois à l'entrée du vagin, des végétations ou papillomes analogues à celles qu'on trouve plus fréquemment à la vulve.

Ces tumeurs qui étaient autrefois considérées comme syphilitiques sont généralement dues à la vaginite, à la blennorrhagie, à la grossesse ou à la leucorrhée prolongée. Leur ablation ne présente aucune difficulté.

X. — Anomalies et vices de conformation du vagin
Corps étrangers du vagin

Les plus fréquents sont l'absence ou l'imperforation du vagin, l'étroitesse congénitale, l'ouverture dans un lieu anormal et le cloisonnement. Nous allons successivement étudier ces diverses anomalies et indiquer les différents traitements qui ont été proposés pour y remédier.

A. **Absences du vagin.** — L'*absence complète* du vagin est rare ; lorsqu'elle existe, on ne retrouve aucune trace de conduit vaginal et les organes génitaux externes et internes sont le plus souvent rudimentaires. L'utérus et les ovaires sont généralement frappés d'atrophie, et les attributs physiologiques sont nuls. Cet état est évidemment incompatible avec les fonctions génératrices et devient, par conséquent, une cause absolue de stérilité. Il n'est susceptible d'aucune thérapeutique.

B. **Bifidité ou cloisonnement du vagin.** — Les cas de vagin double ne sont pas extrêmement rares. Le plus souvent cette malformation passe inaperçue et ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Elle coïncide le plus souvent avec une bifidité du col (fig. 202).

La bifidité du vagin n'est pas cependant toujours incompatible avec la fécondation.

Lorsque les malades le désirent il est facile de faire disparaître la cloison avec le bistouri ou le thermocautère.

C. **Imperforation du vagin.** — Cette anomalie se présente sous deux variétés, suivant que la membrane obturatrice siège à la partie antérieure ou à la partie profonde du vagin, mais la membrane obturatrice peut siéger sur tous les points du canal vaginal.

1° *Imperforation de la partie antérieure du vagin.* — Elle a souvent été confondue avec l'imperforation de l'hymen avec laquelle elle présente en effet une grande analogie.

Cependant, dans l'imperforation de l'hymen, la membrane est mince, souple et peu résistante, tandis que, dans le cas qui nous

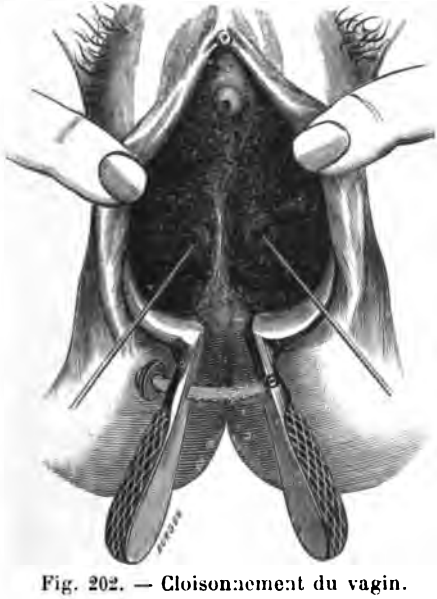


Fig. 202. — Cloisonnement du vagin.

occupe, c'est une soudure véritable des parois vaginales, par une membrane épaisse, mesurant de 20 à 40 millimètres, constituée par une double muqueuse et du tissu conjonctif, mêlé parfois à quelques fibres musculaires lisses.

Il arrive souvent que ce vice de conformation n'est pas soupçonné avant la puberté. On observe alors, si les ovaires et l'utérus existent (c'est le cas le plus fréquent), tous les symptômes annonçant l'ap-

proche de la menstruation. Il peut même y avoir des troubles graves occasionnés par la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine. On peut alors constater l'existence d'une tumeur, soit dans la région abdominable, soit dans le vagin, tumeur constituée par du sang accumulé.

2° *Imperforation du vagin à sa partie supérieure.* — Lorsque l'obstacle siège à la partie supérieure du vagin, il existe un canal vulvaire incomplet et le vagin est constitué par un cul-de-sac. Il est alors impossible de découvrir le col utérin.

Comme dans la variété précédente, l'utérus existe, et on observe, à partir de la puberté, des troubles fonctionnels plus ou moins graves produits par la rétention des liquides provenant de la cavité utérine. Au lieu de former une tumeur dans le conduit vaginal le sang s'accumule dans l'utérus qui devient douloureux et volumineux. Le coït est praticable dans une certaine mesure, mais la fécondation est évidemment impossible.

Traitement. — Aucun traitement médical ne saurait être opposé à l'absence et à l'imperforation du vagin, il faut donc, de toute nécessité, avoir recours au traitement chirurgical ; mais il s'agit avant tout de déterminer les cas où l'intervention est indiquée.

Le traitement varie du reste selon l'existence ou l'absence de l'utérus et des ovaires.

Castration. — Lorsqu'il est bien démontré qu'il n'existe pas d'utérus et que le molimen menstruel indique l'existence des ovaires, la *castration* est indiquée ; elle a été faite plusieurs fois avec succès.

Chaque fois que l'obstacle ne présente pas une grande épaisseur et qu'il existe des symptômes indiquant d'une façon positive l'existence de la fonction utérine, il faut opérer autant pour rétablir l'existence de l'organe de la copulation que pour ouvrir un passage aux règles.

Mais l'abstention est formellement contre-indiquée non seulement lorsqu'il n'existe pas d'utérus, mais lorsque aucun symptôme ne fait supposer l'existence du fonctionnement menstruel.

Dans les cas où l'opération est indiquée, *à quelle époque faut-il la pratiquer?*

Velpeau voulait qu'on opérât immédiatement après la naissance ; Rayer conseillait au contraire d'attendre la puberté. L'insouciance propre de l'enfance, les obstacles que la pudeur peut opposer plus tard chez l'adulte, les dangers que peut produire le séjour du sang des

règles dans le vagin ou l'utérus, sont des arguments qui militent en faveur de la première opinion ; mais l'indocilité des enfants, le peu de développement des organes et par suite les difficultés qui incombent à l'opérateur sont des arguments qui la combattent. Albert Puech, qui a fait une étude très complète de la question, pense que dans les cas où la membrane obturatrice est mince et facile à atteindre, il convient d'opérer après la naissance ; dans les cas contraires, il conseille d'attendre la puberté et même d'intervenir avant l'apparition des règles. « Le meilleur moment pour l'opération, dit cet auteur, est celui qui précède la première menstruation, à la condition que le développement de l'utérus soit suffisant pour admettre sa bonne conformation. »

Ce précepte est excellent, mais il est incontestable qu'il rencontre dans la pratique de sérieuses difficultés. Souvent, en effet, la maladie est peu caractérisée avant la première menstruation et le malade ignore son état jusqu'au moment où les symptômes de rétention des menstrues attirent l'attention vers les organes génitaux.

Les méthodes opératoires mises en pratique peuvent se ramener à trois : la *ponction*, l'*incision*, le *refoulement*.

Ponction. — Lorsqu'il ne s'agit que de donner issue au liquide sanguin accumulé dans le vagin et retenu par une membrane obturatrice de peu d'épaisseur, la ponction pourra être pratiquée, mais ce procédé entraîne avec lui des inconvénients sérieux. En vidant la poche par la ponction, l'écoulement est incomplet, les lavages sont plus difficiles, l'inflammation de la poche peut se produire et les liquides qui pénètrent dans la plaie peuvent y déterminer une inflammation septique.

Nous ne parlerons ici que pour mémoire du procédé proposé par quelques chirurgiens qui ont proposé d'évacuer par le rectum le liquide contenu dans l'utérus. Antoine Dubois qui crut pouvoir recourir à ce procédé vit sa malade mourir de péritonite.

La ponction ne doit donc être considérée dans ces cas que comme procédé de diagnostic et d'exploration.

L'*incision* est le traitement qu'il convient d'employer lorsque la membrane obturatrice siège à la vulve ou à la partie inférieure du vagin ; mais lorsque l'obstacle siège très haut ou que le vagin manque totalement, il faut avoir recours à une opération plus complète sur laquelle nous donnerons, plus loin, quelques développements.

Autrefois les chirurgiens se servaient exclusivement du bistouri pour rétablir le cours des règles et créer un vagin artificiel ; mais les

insuccès étaient si nombreux que Rayer avait posé en principe de ne jamais intervenir dans ces cas.

Huguier a été plus heureux dans un cas où il a pu refaire un vagin et arriver sur le col de l'utérus par une dissection délicate. La malade guérit et put se marier. A côté de ce succès, on peut rapporter un grand nombre de cas dans lesquels l'opération ainsi pratiquée n'eut pas des suites aussi heureuses. De Haen ayant voulu, dans un cas de ce genre, détruire l'obstacle couche par couche, fit fausse route et pénétra dans la vessie. Nous pensons donc que ce procédé ne convient pas dans les cas où l'obstacle est très épais.

Refoulement et décollement. — Amussat est parvenu à rétablir le vagin dans un cas d'imperforation en refoulant chaque jour les tissus avec le doigt au niveau de l'orifice absent, jusqu'à déchirure des adhérences du rectum et de l'urètre. Il arriva ainsi sur le foyer sanguin qu'il ouvrit avec le bistouri. Ce procédé, préconisé depuis par Amussat et ensuite par quelques chirurgiens, est plus séduisant que parfait. Son application est restreinte, on ne peut l'employer ni dans les atrésies accidentelles, ni dans le cas où les parois rectales et vaginales sont séparées par un tissu résistant : il nécessite plusieurs séances et exige, de la part des malades, une persévérance et une docilité qu'on rencontre rarement. Il est également certain que dans beaucoup de cas on ne peut rétablir le vagin absent et se frayer un chemin dans les tissus par le simple refoulement.

Le procédé de Dupuytren, qui consiste dans l'emploi combiné de l'instrument et du décollement du tissu cellulaire, nous paraît plus rationnel. Nous le reproduisons tel qu'il a été pratiqué et recommandé par les chirurgiens modernes.

Technique opératoire. — Après avoir placé la femme dans la position de la taille, on vide la vessie au moyen de la sonde d'homme que l'on confie à un aide qui la tient relevée vers le haut. On ne la supprime pendant l'opération que si l'obliquité des parties devait la rendre une cause de gêne. On porte ensuite l'index de la main gauche dans l'intestin aussi loin que possible afin de servir de guide au bistouri et tout à la fois de protecteur pour le rectum.

Après ce temps préliminaire l'opérateur, placé entre les cuisses de la malade, pratique une incision transversale au centre de l'obstacle, ou bien dans la fossette vulvaire si le vagin manque complètement. Lorsque le tissu cellulaire est lâche, il peut décoller avec le doigt, la sonde, le manche du bistouri, jusqu'à la tumeur, les parois

vésicales et rectales ; lorsqu'il est tassé ou trop résistant, il dissèque à petits coups, écartant les tissus avec le manche, le doigt, plutôt que de le sectionner, et, lorsqu'il en est besoin, débridant sur les côtés avec un bistouri boutonné. Dans tous les cas il agira avec lenteur et circonspection, s'arrêtant de temps en temps pour interroger du doigt et s'assurer à quelle distance il se trouve des organes qu'il faut respecter. Lorsque le canal rétabli admettra largement l'index, lorsqu'une perception plus nette de la fluctuation dénoncera le voisinage de la collection sanguine, on sera autorisé à y plonger un trocart et un liquide brun, sirupeux, couleur lie de vin, annoncera qu'on est parvenu au but. On fera alors cesser les pressions sur l'utérus, on laissera couler par la canule une grande partie du liquide ; puis, lui substituant une sonde cannelée, on agrandira l'ouverture par des incisions multiples pratiquées sur les côtés et l'on assurera ainsi le résultat définitif.

Léon Le Fort a employé avec succès l'électrolyse dans un cas d'absence du vagin[1].

D. **Étroitesse congénitale du vagin.** — On rencontre chez certaines femmes une étroitesse congénitale du vagin telle que l'accomplissement des rapports sexuels est impossible. Ce vice de conformation, qui est rare, ne doit pas être confondu avec le vaginisme dont nous donnons plus loin une description détaillée.

Dans les cas persistants et où l'intervention du chirurgien sera réclamée, on viendra généralement à bout de cette étroitesse par la dilatation que l'on pratiquera avec l'éponge préparée, les pessaires de gentiane, etc. On maintiendra ensuite le résultat obtenu à l'aide de fortes tiges de laminaire. Le traitement de cette affection se confond du reste avec celui du vaginisme.

E. **Rétrécissement accidentel du vagin.** — Toutes les lésions capables de modifier la structure de l'organe, de faire perdre à la muqueuse son élasticité, d'épaissir ou d'altérer son tissu peuvent produire le rétrécissement accidentel du vagin. Parmi les plus importantes de ces causes, il faut citer la vaginite chronique, l'inflammation du tissu cellulaire péri-vaginal, les ulcérations de la muqueuse, les déchirures du vagin, les cicatrisations consécutives à la gangrène, les cautérisations intempestives, les brûlures, les tumeurs, les néoplasmes, le lupus, etc.

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. V, 1876, p. 793.

Le rétrécissement du vagin peut être *partiel* ou *général*.

Le rétrécissement *partiel* siège sur un point quelconque du vagin et reconnaît généralement pour cause des lésions circonscrites, telles que cicatrices, déchirures, tumeurs, etc.

Le rétrécissement *général* occupe toute l'étendue du conduit et se montre à la suite des lésions diffuses et inflammatoires, telles que les vaginites opiniâtres et l'inflammation du tissu cellulaire péri-vaginal. La muqueuse s'épaissit, le tissu cellulaire acquiert une consistance anormale et les parois vaginales perdent leur élasticité.

Traitement. — Les conséquences fâcheuses qui résultent de cet état sont en rapport avec l'étendue et la résistance des adhérences, il importe donc, pour le pronostic et le traitement, de rechercher le siège exact du rétrécissement, son étendue, ses causes et la nature de la lésion qui le détermine.

Le rétrécissement partiel ne réclame du reste aucun traitement lorsqu'il ne constitue pas un obstacle à l'accomplissement du coït et à l'écoulement des règles, et le chirurgien n'aura jamais à intervenir chez les femmes âgées qui n'ont plus à remplir les fonctions sexuelles et cataméniales.

Mais l'intervention est indiquée chez les femmes jeunes lorsque le rétrécissement, tout en permettant l'écoulement menstruel, s'oppose au coït et peut devenir un sérieux obstacle pour l'accouchement.

F. **Ouverture anormale du vagin.** — Les ouvertures anormales du vagin sont moins rares qu'on ne le croit généralement. Des observations ont été publiées dans lesquelles le vagin s'ouvrait dans le rectum, dans la vessie et l'urètre et même dans la paroi abdominale.

C'est dans le rectum qu'on a observé le plus souvent cette anomalie. Elle peut alors se présenter sous deux formes : 1° tantôt la vulve et les organes extérieurs de la génération existent, mais la cloison recto-vaginale est incomplète et le vagin communique avec le rectum ; 2° tantôt la vulve est absente ou rudimentaire et le vagin très court s'ouvre seulement dans le rectum qui est alors transformé en une sorte de cloaque. Dans le premier cas, la difformité congénitale est une véritable fistule recto-vaginale ; elle présente les mêmes inconvénients et réclame le même traitement. Dans le second cas, le rectum tient lieu de vagin, l'écoulement des règles, le coït et l'accouchement ne sont praticables que par cette voie. Nous indiquerons le traitement de la première forme quand nous étudierons la fistule recto-vaginale. Quant à la seconde, elle se présente si rarement dans

la pratique qu'aucune méthode rationnelle et chirurgicale de traitement n'a été proposée jusqu'à ce jour.

Nous ne faisons que signaler les autres anomalies d'ouverture du vagin, parce qu'elles sont au-dessus des ressources de l'art chirurgical.

Le Fort a réuni un petit nombre de cas dans lesquels l'ouverture vaginale se trouvait au-dessus du pubis, mais cette difformité, qui coïncide le plus souvent avec d'autres vices de conformation des organes contenus dans le bassin, n'a été observée que chez des enfants nouveau-nés. Elle entraîne des désordres si considérables dans le fonctionnement et la disposition des organes, qu'elle est incompatible avec la vie et n'a jamais été observée chez des adultes.

Nous en dirons autant des cas dans lesquels le vagin s'ouvre simultanément dans la vessie ou le rectum, c'est-à-dire où il n'existe qu'une sorte de cloaque où viennent s'aboucher le vagin, le rectum et la vessie. Ce vice de conformation ne paraît pas compatible avec la vie et n'a jamais été observé que sur des enfants nouveau-nés et non viables.

Nous avons déjà parlé, en étudiant l'anatomie et la physiologie des organes génitaux, de l'anatomie qui ne s'oppose pas, d'une manière absolue, au coït et qui n'a pas été, jusqu'à ce jour, l'objet d'opérations chirurgicales méthodiques.

XI. — Corps étrangers du vagin

De nombreux corps étrangers peuvent être introduits dans le vagin ; les uns dans un but thérapeutique : pessaires, tampons, etc. ; les autres par libertinage ou dépravation. Les auteurs ont rapporté de nombreux cas dans lesquels des pessaires ont été conservés pendant des années, grâce à l'ignorance et à l'incurie des femmes qui les portaient. C'est ainsi que Bérard rapporte l'histoire d'une femme qui avait conservé son pessaire, depuis vingt-cinq ans qu'elle en avait rompu la tige.

Symptomatologie. — Les corps étrangers donnent d'abord lieu à une irritation plus ou moins intense accompagnée d'un écoulement purulent. Tous les pessaires, même les plus lisses et les mieux proportionnés aux parties, produisent une certaine irritation pendant les premiers jours. Il faut dire cependant que les pessaires de Hodge et la plupart des pessaires américains sont, en général, bien supportés par les malades, même au début.

Mais lorsque le corps étranger est rugueux, volumineux, disproportionné aux parties, il détermine rapidement une véritable inflammation de la membrane muqueuse et même des tissus sous-jacents. Les malades éprouvent de la douleur, du ténesme, de la pesanteur. On observe tous les symptômes d'une vaginite intense ; les fonctions menstruelles sont difficiles, quelquefois supprimées ; il peut également y avoir rétention des matières fécales et de l'urine. A ces symptômes d'une vive inflammation succède parfois un calme relatif, et les malades peuvent alors supporter le corps étranger sans éprouver autre chose qu'un sentiment de gêne et de pesanteur.

Abandonné à lui-même, le corps étranger peut provoquer des

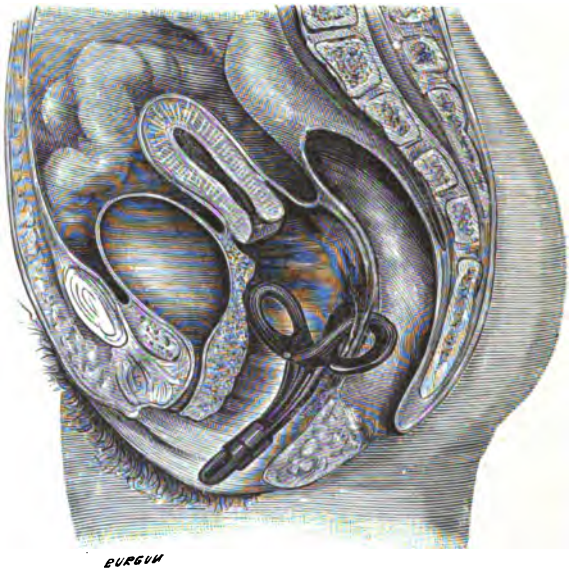


Fig. 203. — Corps étrangers du vagin. Pessaire ayant déterminé une fistule vésico-vaginale (Péan).

solutions de continuité, des ulcérations et des pertes de substance. Dans les faits observés par Dupuytren, Bérard et Péan, le pessaire avait pénétré dans la vessie et le rectum (fig. 203).

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer la présence du corps étranger lorsqu'il a séjourné longtemps dans le vagin. Au bout d'un certain temps, lorsque l'inflammation déterminée par le corps étranger a cessé, celui-ci se recouvre de fongosités qui le rendent souvent méconnaissable. On a pu quelquefois confondre les

effets produits par le séjour d'un pessaire avec les symptômes d'une tumeur cancéreuse. Cloquet rapporte le cas d'une femme qui, après avoir porté pendant dix ans un pessaire de liège, fut prise de douleurs abdominales accompagnées d'un écoulement sanieux et de mauvaise nature. Le canal était rempli de végétations fongueuses et la malade était traitée pour une affection cancéreuse du vagin. Cloquet soupçonna la présence d'un corps étranger, incisa les parties malades et put extraire un pessaire recouvert par des fongosités et incrusté de sels calcaires.

Traitement. — Nous n'avons pas à parler ici du traitement prophylactique. Cependant, en ce qui concerne les pessaires, nous poserons dès maintenant une règle que nous développerons dans une autre partie de cet ouvrage, à savoir : que le médecin ne doit jamais appliquer un pessaire chez les femmes qui ne peuvent pas être surveillées. Il doit, dans tous les cas, s'assurer que la femme est à même de retirer elle-même l'instrument.

Une fois la présence du corps étranger constatée, il faut en pratiquer l'extraction. Cette opération présentera des difficultés variables que le chirurgien appréciera.

XII. — Vaginisme

Le vaginisme a été défini : une affection caractérisée par une hyperesthésie excessive de la vulve et du vagin, le plus souvent accompagnée de contracture spasmodique, reconnaissant pour cause des lésions variables de ces organes et s'opposant au coït.

Cette définition ne diffère pas beaucoup de celle qui avait été donnée par Sims ; nous avons cru cependant devoir la modifier quelque peu. En effet, cet auteur et la plupart de ceux qui ont écrit après lui sur le sujet avaient fait du spasme et de la contracture involontaire le caractère *sine qua non* de cette affection ; sans vouloir refuser à ce symptôme son importance, nous croyons qu'il peut manquer et que, dans tous les cas, il est consécutif à la douleur et à la lésion. Nous avons également parlé, dans notre définition, de la lésion initiale, ce que n'avaient pas fait les auteurs précédents qui croyaient à un vaginisme essentiel.

Fréquence. — Nous n'hésitons pas à dire que le vaginisme est une affection *fréquente*. Sims, Debout, Michon, Scanzoni, ont publié un grand nombre d'observations : ce dernier auteur dit en avoir vu plus

de cent cas dans le cours de sa carrière médicale; Visca a donné trente-deux observations dans sa thèse inaugurale, et nous en avons nous-même recueilli et publié un très grand nombre.

Division. — Tous les auteurs ont admis un vaginisme essentiel et ont considéré cette affection comme une névrose. Un peu plus tard Scanzoni s'est attaché à démontrer que l'hyperesthésie et la contraction n'étaient que l'effet de l'inflammation le plus souvent traumatique de l'orifice du vagin; nous nous rangeons à ce dernier avis et malgré l'opinion contraire de plusieurs observateurs, nous croyons que, relativement à sa nature et à ses causes, le vaginisme est presque toujours symptomatique. La douleur rend l'examen local très difficile : c'est ce qui explique comment, dans un bon nombre de cas, la lésion initiale a pu passer inaperçue.

Relativement à son siège, le vaginisme a été divisé par Péan en *inférieur* et *supérieur*. Dans le premier cas, il occupe plus spécialement le sphincter vulvaire; dans le second, les symptômes se manifestent à la partie supérieure du conduit vaginal. Le vaginisme inférieur, appelé aussi vulvo-vaginisme, est de beaucoup le plus fréquent.

Relativement à sa durée, le vaginisme a été divisé en *continu* et en *intermittent*. Courty et Occhini, de Florence, ont publié des observations qui tendraient à faire admettre cette dernière variété. Mais nous croyons que ces faits doivent être rapportés à un vaginisme symptomatique qui disparaissait avec la lésion primitive et reparaissait chaque fois que celle-ci se reproduisait de nouveau. Cependant il est assez naturel d'admettre un *vaginisme passager* et un *vaginisme persistant*.

Pourrait-on diviser le vaginisme en *aigu* et en *chronique ?* Nous ne le croyons pas. D'une part, cette affection revêt presque toujours une certaine acuité, et, d'autre part, elle est souvent d'une très longue durée. Cette division n'a pas, du reste, une grande importance au point de vue clinique.

Étiologie. — *Causes prédisposantes.* — Nous savons fort peu de choses sur ce sujet. D'après les observations publiées jusqu'à ce jour, le tempérament, la constitution, n'auraient aucune influence sur la production du vaginisme.

Causes occasionnelles. — Elles sont nombreuses et il nous serait même impossible de les signaler toutes. Nous avons déjà dit précédemment, qu'il n'existait pas de vaginisme idiopathique et que cette

affection reconnaissait toujours pour cause une lésion quelconque de la vulve ou du vagin. C'est en étudiant les affections cutanées et inflammatoires de ces organes que nous trouverons les causes occasionnelles du vaginisme.

Il faut donc rechercher les différents états morbides qui produisent le spasme vaginal; nous signalerons ici les principaux en les accompagnant de quelques commentaires indispensables.

En premier lieu nous citerons les *fissures* auxquelles certains auteurs avaient attribué, d'une manière exclusive, la production du vaginisme. Le raisonnement devait forcément amener à comparer le sphincter vaginal au sphincter rectal, surtout à une époque où la contracture et la contraction étaient considérées comme les symptômes uniques de l'affection qui nous occupe. Nous sommes loin, du reste, de refuser à cette cause son importance, mais nous dirons qu'elle n'est pas la seule. La fissure vaginale est extrêmement difficile à constater dans beaucoup de cas à cause de l'hyperesthésie excessive qui s'oppose à l'introduction de l'instrument explorateur, et il est extrêmement probable qu'elle existait dans la plupart des cas que les auteurs ont décrits sous le nom de vaginisme essentiel.

Ces fissures peuvent occuper tout le pourtour de l'orifice; elles siègent quelquefois assez profondément dans l'intérieur du canal pour échapper à un examen superficiel.

Certaines affections cutanées, telles que l'*herpès* et l'*eczéma*, jouent un rôle assez important dans la production du vaginisme; on comprend facilement ce fait, si l'on se rappelle que ces mêmes affections produisent également des constrictions musculaires intenses, lorsqu'elles siègent au pourtour de la bouche, de l'anus et des paupières.

La *vaginite* et la *vulvite* doivent occuper une place importante dans cette momenclature. Churchill a donné à cette cause une importance capitale, et nous sommes loin de le contredire. Le vaginisme existe rarement sans être accompagné de vaginite, mais est-il consécutif ou primitif? Là est toute la question. Une étude attentive des faits nous démontre surabondamment qu'il est plutôt l'effet que la cause. Toute inflammation vulvaire ou vaginale s'accompagne nécessairement d'une hyperesthésie plus ou moins intense.

Les déchirures produites par l'*accouchement* peuvent également produire des lésions qui plus tard deviendront la cause d'un vagi-

nisme rebelle. Tels sont les cas observés par N. Guéneau de Mussy, Sims, Michon, etc.

Symptomatologie. — Douleur excessive au moment du coït, et en rendant l'accomplissement impossible, voilà le principal, sinon l'unique symptôme accusé par les malades. Cette douleur est telle qu'elle arrache des cris, produit quelquefois la syncope et inspire à la femme une répugnance invincible pour le rapprochement sexuel.

Dans certains cas cependant, le symptôme douleur est moins accentué; l'intromission pénienne est possible à la rigueur, mais les souffrances qu'elle entraîne empêchent les époux de l'effectuer.

C'est plus qu'il n'en faut pour mettre le médecin sur la voie; mais il doit néanmoins réserver son diagnostic jusqu'à ce qu'il ait été procédé à l'examen local. Cet examen, auquel la femme est presque toujours résignée, est *indispensable :* c'est sur lui seul qu'on pourra asseoir les bases d'un traitement rationnel, et c'est parce qu'il a souvent été fait d'une manière incomplète que le vaginisme est resté jusqu'à ce jour si peu connu.

Après avoir placé la femme dans une position convenable, on écartera avec un soin extrême les petites lèvres, et on y recherchera les lésions que nous avons signalées à propos des *causes*. L'examen du vagin demande encore plus de précaution; on se gardera bien d'y introduire le doigt comme dans un toucher ordinaire, on s'exposerait alors à produire inutilement de la douleur et même à arracher des cris, mais on essayera seulement de faire pénétrer la pulpe de l'index afin de constater le degré de contraction du sphincter. Si les douleurs produites par cette première introduction ne sont pas trop vives on tentera l'application d'un petit speculum de Sims, afin d'examiner l'état des parois vaginales et de rechercher les fissures qui pourraient exister à l'entrée de ce canal. Dans certains cas très prononcés l'introduction du speculum est absolument impossible; il se présente alors diverses indications sur lesquelles nous reviendrons à propos du traitement.

La contraction spasmodique est un symptôme important qui échappe souvent à l'observation du médecin, soit qu'il fasse défaut au moment de l'examen, soit qu'il n'existe pas réellement. On observe surtout de la contraction, la tonicité du sphincter et des fibres du vagin; ce symptôme est surtout fréquent chez les vierges et chez les femmes chez lesquelles les premières approches ont produit le vaginisme. Une malade que nous avons observée à la Pitié présentait un

peu de tonicité des fibres musculaires vaginales; mais la première phalange du doigt, introduite avec peine, ne ressentait aucune contraction qui pût faire croire à un état spasmodique.

Dans certains cas où les signes fournis par l'examen local paraissent insuffisants, il est utile d'interroger le mari sur les circonstances qui ont accompagné les tentatives de rapprochement conjugal. Les symptômes observés à ce moment sont importants à connaître, car ils caractérisent très bien le degré d'intensité de l'affection. A la suite de quelques essais aussi douloureux qu'infructueux, la femme acquiert une certaine répugnance pour le coït; cependant, dans l'espérance de voir disparaître cet état, elle se soumet avec courage à de nouvelles tentatives. C'est alors que la douleur acquiert son paroxysme; la face exprime la terreur, la respiration et le pouls s'accélèrent et un état convulsif se déclare. La femme pousse des cris, demande grâce, les muscles adducteurs se contractent violemment en même temps que ceux du périnée; cet état se terminerait par la syncope, si les tentatives d'intromission étaient continuées.

Il nous reste maintenant à parler d'un symptôme fonctionnel important, la *stérilité*. Quoique les exemples de grossesse coïncidant avec la présence de l'hymen ne soient pas rares, on ne saurait néanmoins les considérer autrement que comme des exceptions, Scanzoni a beaucoup étudié la question et il l'a placée sous son véritable jour en disant que l'impossibilité de l'introduction pénienne rendait la conception impossible. Cette impossibilité est le résultat de la contraction des muscles du sphincter et de ceux du périnée, mais plus encore de la douleur éprouvée par la femme au moment du coït. Qu'on éthérise la malade, comme l'a conseillé Gaillard Thomas, la copulation et la fécondation seront possibles malgré le vaginisme le plus prononcé.

La durée du vaginisme est indéterminée, car cette affection ne semble pas avoir de tendance à guérir spontanément. On peut donc dire, que, s'il n'y a pas d'intervention, la chronicité est la règle. La durée est du reste subordonnée à la forme de la maladie, à la cause qui l'a produite, au traitement qui lui est opposé, etc. Dans quelques-uns des faits que nous avons observés la maladie durait depuis plusieurs années, et le repos prolongé des organes génitaux n'avait pas à lui seul suffi pour amener la guérison.

Traitement. — L'analogie remarquée entre le vaginisme et la fissure de l'anus devait forcément conduire les chirurgiens à appliquer le même traitement à ces deux affections. La section du sphincter

vaginal et la dilatation furent d'abord employées avec plus ou moins de succès; plus tard on pratiqua la section du sphincter anal et la cautérisation. Quelques praticiens se sont contentés de traiter le vaginisme par des lotions sédatives et des topiques de natures diverses.

La *section du sphincter vaginal*, préconisée avec ardeur par Sims, avait déjà été pratiquée, en France, par Huguier, Pinel, Grandchamp et Michon. Après avoir anesthésié la malade, on fait de chaque côté de la ligne médiane une incision profonde dirigée du haut en bas et se terminant au raphé du périnée et formant le côté d'un Y. Chacune de ces incisions doit intéresser à la fois le tissu vaginal, l'anneau vulvaire et le périnée. Mais le véritable traitement chirurgical du vaginisme consiste dans la section sous-cutanée du sphincter dont nous donnons plus loin la technique.

La simple incision de la muqueuse et la *dilatation* ont paru suffisantes à quelques praticiens. La *dilatation* peut être graduelle et continue : elle est peut-être brusque.

A. **Dilatation graduelle.** — Elle se fait avec des mèches de charpie dont on augmente graduellement le volume, ou avec des éponges préparées. On peut arriver à la guérison par ce procédé, mais ce n'est qu'au bout d'un temps très long et au prix de douleurs vives et répétées auxquelles les malades se soumettent très difficilement. L'introduction d'une mèche de gaze est douloureuse, malgré l'emploi d'un onguent belladoné, et on trouvera peu de personnes qui veuillent supporter tous les jours, pendant plusieurs semaines, un semblable traitement. Nous avons employé dans un cas ce procédé pendant deux mois sans produire une amélioration notable, et il est probable que lorsqu'il a réussi il s'agissait d'un vaginisme léger.

Nous préférerions du reste à la mèche de gaze l'éponge préparée dont l'introduction n'est pas plus douloureuse et qui agit beaucoup plus rapidement. Elle a donné un succès à Lorain, et Scanzoni l'employait toujours avant d'avoir recours à la dilatation brusque.

La laminaire, la racine de gentiane, le tupelo dont le volume augmente sous l'influence de l'humidité ont été mis en usage, avec succès, par divers gynécologues. On a employé également des cylindres de caoutchouc dont le volume peut être augmenté graduellement par des liquides ou par l'insufflation.

B. **Dilatation brusque.** — Elle compte un grand nombre de succès,

et son usage tend de plus en plus à se généraliser. Elle a été pratiquée en France par plusieurs chirurgiens, parmi lesquels nous

Fig. 204. — Opération pour le vaginisme. Tracé de l'incision.

Fig. 205. — Opération du vaginisme ; dissection du sphincter.

citerons : Richet, Verneuil, Delore, etc.; en Angleterre, par Tilt; en Allemagne, par Scanzoni.

Cette opération doit toujours avoir lieu pendant l'anesthésie, elle se pratique soit au moyen des doigts, soit au moyen d'un instrument dilatant. Tilt introduit les deux pouces apposés par leur face dorsale et maintient l'orifice distendu pendant quelques minutes après quoi il introduit une mèche volumineuse, qu'il maintient à l'aide d'un bandage.

En France, on emploie plutôt les instruments ; Delore s'est servi, avec avantage, du speculum d'Ambroise Paré dont l'introduction est facile et qui peut être maintenu dilaté à l'orifice vulvaire pendant le temps voulu. Celui de Bozeman présente les mêmes avantages. Si l'on fait usage d'un speculum bivalve, la dilatation brusque s'obtient en retirant l'instrument tout ouvert.

Ce procédé s'est montré réellement efficace dans beaucoup de cas, mais son emploi n'est cependant pas toujours indiqué. Il faut du reste,

avant de le mettre en pratique, chercher à faire disparaître les lésions vulvaires qui sont souvent la cause du vaginisme. Nous avons remarqué que la dilatation brusque réussissait surtout là où le spasme vaginal paraissait essentiel, celui-ci reconnaissait pour cause quelques fissures du vagin qui étaient passées inaperçues dans un examen superficiel.

Ce résultat rend encore plus manifeste l'analogie qui existe entre la fissure anale et la fissure vaginale.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION CONTRE LE VAGINISME

Je préfère de beaucoup la *section sous-cutanée du sphincter* qui avait déjà été préconisée par Blandin, mais au lieu de procéder comme ce chirurgien à l'aide d'un ténotome, je découvre complètement le muscle par une dissection préalable.

Le vaginisme étant une affection tellement rebelle par les moyens dilatoires, que je n'hésite pas à proposer cette opération après un premier traitement infructueux. En voici la technique.

Fig. 206. — Opération du vaginisme. Place des sutures après la section du sphincter.

La malade étant anesthésiée et la vulve rasée comme pour toutes les opérations plastiques pratiquées dans la région vulvaire, j'introduis un ou deux doigts dans l'anus préalablement nettoyé et garni d'une pièce de gaze iodoformée.

La fourchette étant ainsi tendue et bien exposée je pratique une incision transversale semi-circulaire de 4 à 5 centimètres de longueur (fig. 205) ; j'obtiens ainsi une plaie à deux lambeaux ; le lambeau supérieur étant saisi par un aide avec une pince je décolle les tissus sous-jacents jusqu'à ce que le sphincter ait été isolé et découvert ; il faut aller à une profondeur de 2 ou 3 centimètres.

Je pratique alors la section du sphincter avec des ciseaux ; tout ce temps de l'opération doit être fait sous l'irrigation continue, ce qui permet d'agir à découvert et sans être gêné par le sang.

J'introduis ensuite les deux pouces dans le vagin de façon à bien distendre l'orifice vulvaire et m'assurer que la section sphinctérienne est complète.

Je pratique ensuite la réunion de la plaie par des sutures métalliques à points séparés et assez profondes pour bien assurer la coaptation des tissus. Le vagin est ensuite tamponné.

Il ne faut pas oublier, pendant que la malade est encore anesthésiée, de bien nettoyer le pourtour de l'orifice vaginal et de le débarrasser avec les ciseaux des débris hyménéaux qui constituent souvent une cause de vaginisme.

La figure 205 indique la forme de la plaie avant la section du sphincter; la figure 206 montre l'emplacement des sutures.

On enlève les fils huit ou dix jours après l'opération, comme dans les autres autoplasties vaginales.

Depuis une dizaine d'années que j'applique ce procédé, je n'ai eu que des guérisons alors que les procédés anciens (section du sphincter à ciel ouvert, dilatation brusque, etc.) ne m'avaient le plus souvent donné que des mécomptes.

Il va sans dire que, lorsque le vaginisme reconnaîtra pour cause des excroissances épithéliales, on les excisera avant de procéder à une opération plus grave.

Mais, je le répète, le vaginisme est une affection rebelle, reconnaissant des causes multiples et les moyens palliatifs sont le plus souvent inefficaces.

Neuf fois sur dix la guérison ne sera obtenue que par l'opération, du reste fort simple, que je viens de décrire.

CHAPITRE V

DÉCHIRURES DE LA FOURCHETTE ET DU PÉRINÉ

Sous le nom de déchirures du périnée, on comprend généra
les lésions accidentelles de cette région produites pendant le tra
l'accouchement. On a cependant observé assez rarement, il es
des déchirures étendues de la fourchette et du périnée à la s
chutes ou de traumatismes. Les auteurs admettent généraleme
variétés dans les déchirures du périnée : 1° *déchirure partie*
n'intéresse que la fourchette et dans laquelle le sphincter a
intact ; 2° *déchirure complète* dans laquelle le sphincter a
intéressé dans toute son épaisseur ou dans la plus grande pa
son étendue ; 3° *rupture centrale* dans laquelle le périnée s'
son centre pour donner passage à l'enfant, cette forme est très
tionnelle et nous n'en possédons qu'un très petit nombre d'ol
tions authentiques.

Etiologie. — La rupture du périnée est un accident qui est p
toujours d'origine obstétricale.

C'est naturellement chez les primipares qu'on observe le pl
vent les déchirures périnéales.

Voici les principales causes qui occasionnent ce traumatis

La rigidité des tissus, la hauteur et l'épaisseur anormale du p

L'étroitesse de l'anneau vulvaire ;

La violence des contractions et la rapidité du travail ;

Le volume considérable de la tête fœtale ;

Les opérations obstétricales maladroites ou laborieuses.

L'énumération de ces causes suffit pour démontrer qu'il es
ment au pouvoir du médecin de s'opposer au traumatisme p
pendant l'accouchement.

La conduite à tenir pour protéger le périnée serait mieux
dans un traité d'obstétrique. Nous dirons seulement que, lor
périnée paraît menacé, il faut placer la femme dans la position

tricale anglaise (décubitus latéral gauche). On a ainsi sous les yeux toute la région périnéale, on peut retarder le passage de la tête, soutenir le périnée et faire au besoin les débridements nécessaires pour assurer le passage du fœtus.

Symptomatologie. — Lorsque la rupture n'intéresse que la fourchette et que le sphincter anal est intact, les femmes n'éprouvent aucun inconvénient grave; mais il n'en est pas de même lorsque la division s'étend à la cloison recto-vaginale. Le rectum et le vagin forment un véritable cloaque. Le sphincter étant détruit, rien ne s'oppose à l'issue continuelle et involontaire des gaz intestinaux et des matières fécales. On conçoit tous les inconvénients qui en résultent pour les pauvres femmes atteintes de cette affection. Outre cela, l'utérus et le rectum n'étant plus soutenus par le plancher du bassin, sont exposés à un prolapsus plus ou moins complet.

Pronostic. — Dans une rupture incomplète d'un caractère léger, c'est-à-dire lorsque le sphincter anal n'est pas lésé, aucun inconvénient sérieux n'est à redouter. La plaie qui se produit immédiatement après l'accouchement ne se réunit pas par la première intention, mais elle peut se réunir par granulations, sans qu'il soit nécessaire de maintenir les cuisses rapprochées et de produire la constipation à l'aide de l'opium.

Le premier degré de l'accident a généralement des conséquences insignifiantes et passe souvent inaperçu par la malade et même le médecin. La déchirure complète du troisième degré constitue un accident beaucoup plus grave et dont il ne faut pas espérer la guérison spontanée.

Plus la plaie est étendue, moins il y a de chances de guérison spontanée et plus les complications sont à redouter. On peut affirmer d'une manière générale que toute lacération qui ne sépare pas entièrement le sphincter anal peut guérir sans traitement chirurgical, mais que la guérison spontanée est impossible lorsque les deux orifices n'en font plus qu'un. Il est vrai qu'on a dit que la guérison avait eu lieu spontanément dans des cas où la rupture était complète, mais ces faits ne présentent pas toute l'authenticité désirable.

Traitement. — Le traitement se divise en *prophylactique* et en *curatif*.

Traitement prophylactique. — Il consiste à prévenir toutes les causes de déchirure du périnée, soit en plaçant les femmes dans une

position convenable, soit en donnant aux parties molles le degr souplesse et de résistance qu'elles doivent avoir, soit en agrandis les dimensions de la vulve lorsqu'une rupture paraît immine Nous avons dit que la position latérale penchée était la meill pour surveiller le périnée. L'accoucheur a toujours une tendan considérer le périnée comme un obstacle qui retarde le passag fœtus. Il ne faut pas oublier que le périnée a un rôle gynécolog important qui consiste à soutenir le plancher pelvien et que t atteinte portée à ce plancher est non seulement un traumatism une cause d'infection, mais apporte un trouble à l'équilibre des org pelviens.

Dans le cas de rigidité du périnée, on proposait autrefois di moyens, tels que des fomentations chaudes, du tartre stibié, et m des saignées. Mais, depuis la découverte du chloroforme, ces moy surannés ont été abandonnés. Rien ne vaut les anesthésiques combattre les contractions musculaires et donner au périnée tout souplesse désirable.

Traitement curatif. — Il est essentiellement chirurgical et s'obt par l'avivement et la suture des parties divisées. Les opérations a cables à cette lésion sont décrites sous les noms de *périnéorrha* et *colpopérinéorrhaphie* selon l'étendue de la lésion à réparer.

Époque de l'opération. Suture immédiate. — Les auteurs diffè sur ce point : les uns conseillent de pratiquer l'opération immédi les autres conseillent d'attendre que les effets de la parturition so absolument dissipés, d'autres enfin adoptent un moyen term veulent qu'on opère peu de jours après l'accouchement. Dans la mière catégorie se rangent Baker Brown, Scanzoni, G. Thomas la plupart des obstétriciens. Scanzoni expose aussi d'une façon claire les avantages d'une intervention immédiate :

« L'opération doit être pratiquée aussitôt après l'accouchem parce qu'il est probable qu'on peut obtenir l'union des lèvres gnantes de la plaie, parce que, l'avivement n'étant pas nécessair procédé est plus simple et moins dangereux. Dans la plupart des où la rupture périnéale est très étendue il s'agit de dystocies o délivrances manuelles et la maladie est plus souvent anesthé L'opérateur doit donc être préparé à opérer dans ces cas ; s'il réu il évitera à la malade de grandes souffrances, s'il ne réussit pas malade ne s'en trouvera pas dans de plus mauvaises conditions.

« C'est pour cette raison que je considère comme incomplète toute boîte d'obstétrique qui ne contient pas les aiguilles et les sutures nécessaires pour pratiquer la périnéorrhaphie. J'ai eu recours, dans un grand nombre de cas, à l'intervention immédiate et l'expérience que j'ai acquise dans cette pratique m'a conduit à en conseiller l'emploi. »

La seule contre-indication à l'opération immédiate est l'état général de la malade qui peut être grave à la suite d'un accouchement trop laborieux. Il faut également tenir compte de la situation d'un médecin de campagne qui fait un accouchement sans être assisté et qui a souvent fort à faire à s'occuper de la mère et de l'enfant.

Il faut d'abord renoncer au serres-fines et laisser ce petit instrument suranné entre les mains des sages-femmes.

Lorsque la délivrance est terminée il faut examiner soigneusement le périnée, ce qui ne peut se faire qu'en soulevant le siège très haut après avoir rapproché les cuisses. L'examen doit avoir lieu très attentivement car la plupart des déchirures, mêmes étendues, ont lieu sans qu'on s'en aperçoive.

S'il existe une lacération, même peu étendue, il faut placer la malade sur le bord du lit, faire tenir les cuisses écartées par les assistants, quels qu'ils soient et procéder à l'opération. Le seul procédé à employer est la suture à surjet avec l'aiguille courbe et le catgut ; on profitera de l'avivement naturel de la plaie et on s'efforcera de rétablir la continuité des parties telles qu'elles étaient auparavant.

Lorsque les parties présentent des lambeaux déchiquetés et amincis qui ne peuvent être utilisés, on les sectionne avec des ciseaux.

En un mot le praticien fait comme il peut, le mieux qu'il peut, l'importante question est d'agir vite et aseptiquement.

Lorsqu'on n'a pas de catgut et d'aiguilles spéciales on peut se servir d'aiguilles et de fil à coudre qu'on trempera dans une solution de sublimé. On peut obtenir ainsi d'excellentes réunions.

Si l'on ne peut intervenir de suite, est-on autorisé à faire au bout de quelques jours ce qu'on a appelé la périnéorrhaphie immédiate et secondaire, en grattant, par exemple, les bourgeons charnus à l'aide d'une curette tranchante ? Ce procédé a donné des résultats heureux entre les mains de Schwartz, Nélaton, Périer ; on peut, par conséquent, y avoir recours ; nous pensons, cependant, qu'il y a avantage à attendre quelques semaines de plus, et à pratiquer une périnéorrhaphie tardive, qui aura plus de chance de restaurer solidement le périnée, dans ce cas il faut attendre au moins trois mois avant d'intervenir.

PÉRINÉORRHAPHIE

Les déchirures complètes du périnée ne peuvent donc guéri par une opération sanglante : la périnéorrhaphie. Nous avons discuté les conditions dans lesquelles la chirurgie doit interveni périnéorrhaphie, proposée pour la première fois par Ambroise fut ensuite pratiquée par Guillemeau, De la Motte, Saucerotte, fenbach. Baker Brown en Angleterre, et Roux en France, ont coup contribué au perfectionnement de cette importante opératio est aujourd'hui passée dans le domaine de la chirurgie journa

Le nombre de procédés pour la restauration du périnée est i mensurable. Il existe peu de chirurgiens qui ne possède une mé opératoire spéciale publiée sous son nom. Ce n'est pas dan manuel qu'on peut étudier et critiquer chacune de ces méthod

Les opérations proposées peuvent du reste se ranger en deux gories : *les procédés à lambeaux* et les *procédés à avivement*.

Les premiers ont été préconisés autrefois par Roux, Baker Br Dieffenbach. Ils étaient abandonnés lorsque Lawson Tait a pr un procédé nouveau qui appartient à cette catégorie.

Nous étudierons d'abord les méthodes d'avivement qui son simples et s'appliquent à un grand nombre de cas.

Préparation de la malade. Instruments nécessaires. Génér sur les sutures. — Quel que soit le procédé employé et qu'il s'a d'une rupture complète ou incomplète, il faut faire les prépa suivants :

La malade doit être purgée la veille (l'huile de ricin est préfé et doit prendre un lavement ; avant l'opération, et pendant les à six jours qui suivent, il faut immobiliser l'intestin, ce qu'on o en administrant chaque jour 1 gramme de bismuth et en nourr la malade avec des œufs, de la viande, du bouillon et du vi vagin sera l'objet d'une irrigation complète avec du sublimé l'acide borique et les parties sur lesquelles doit porter l'opé seront lavées avec soin au savon et à la brosse. Cette précauti du reste indispensable pour toutes les opérations autoplastiqu doivent être pratiquées sur l'utérus, la vulve, le vagin, le périn le rectum. Nous les indiquons une fois pour toutes.

Les *instruments* nécessaires sont : un ou deux bistouris droits pince à disséquer ; quelques pinces hémostatiques ; des ciseaux et courbes ; un appareil à irrigation (douche d'Esmarch ou va

Fritz (fig. 138), permettant d'irriguer constamment le champ opératoire ; des fils à ligature (catgut ou autres) ; des fils à suture (argent, crin de Florence, catgut) ; des aiguilles et un porte-aiguille pour faire les sutures ; des objets de pansement : ouate hydrophile, gaze iodoformée, etc.

Nous entrerons plus loin dans quelques développements sur les sutures et les aiguilles qu'il convient d'employer non seulement pour la périnéorrhaphie, mais pour la colporrhaphie, les fistules et les autres opérations autoplastiques pratiquées sur le vagin et le col utérin.

Position de la malade. Anesthésie. — La malade sera placée dans la position de la taille ou de Simon en pleine lumière. Les cuisses seront

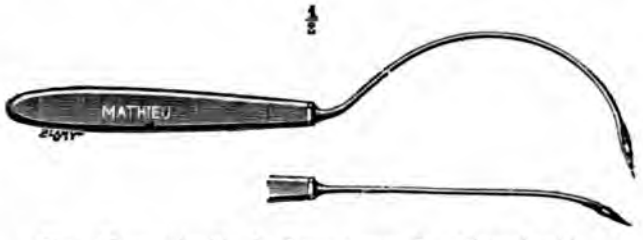


Fig. 207. — Aiguille de Emmet pour la périnorrhaphie.

maintenues relevées ou fléchies par deux aides qui assisteront en même temps l'opérateur. Il faut un troisième aide pour l'anesthésie.

Le nombre des aides peut être réduit en employant une entrave qui maintient les cuisses écartées et fléchies pendant toute la durée de l'opération. Cette entrave peut être employée dans toutes les opérations gynécologiques.

Nous recommandons particulièrement l'emploi d'une cuvette émaillée à compartiments permettant de classer les instruments et de les avoir à sa portée (fig. 101, page 99).

Asepsie. — Il est indispensable de procéder au lavage complet du rectum, dans lequel le doigt de l'opérateur devra être introduit.

La vulve sera rasée dans le voisinage de la région à opérer, puis soigneusement lavée avec du savon et une solution de sublimé ; on fera au préalable une bonne irrigation vaginale.

Il est indispensable de s'assurer la possibilité d'une irrigation continue, nécessaire pour l'hémostase et la clarté du champ opératoire.

Sutures. Fil qu'il convient d'employer. — On peut employer les sutures du fil d'argent, de catgut, de la soie phéniquée, du de Florence ; et, en somme, toute espèce de fil peut être emplo en cas d'urgence.

Le fil d'argent a été longtemps considéré comme extrême important pour l'autoplastie vaginale et c'est à l'emploi de cet a qu'on attribuait les premiers succès de Sims. Aujourd'hui on moins absolu, et le fil d'argent a été remplacé dans un grand nor d'opérations par la soie de Florence ou le catgut qui présentent contestable avantage de se résorber sur place et de ne pas néces la petite opération, quelquefois désagréable, mais toujours nécess pour les retirer.

Malgré tous ces inconvénients, nous préférons encore le fil d'ar lorsqu'il faut faire des sutures assez profondément.

Lorsque les parties peuvent être facilement exposées à la nous préférons la soie de Florence qui permet d'opérer plus ra ment, ce qui est un incontestable avantage. Le catgut présente pa l'inconvénient de se résorber trop tôt et de se rompre avant q réunion soit complète.

Variétés de sutures. — Nous avons donné au commencemer ce volume des indications générales sur l'emploi des sutures en g cologie.

Nous allons rapidement examiner les sutures les plus pratiqu applicables aux autoplasties du périnée et du vagin.

Suture à points coupés. — On désigne sous ce nom les suture lées, c'est-à-dire celles qui ont pour but de réunir les deux lèvr la plaie, sans avoir entre elles aucune relation. Appliquées à la néorrhaphie, ces sutures peuvent être superficielles ou profo Pour appliquer la suture à points coupés, on pénètre avec l'aigu un demi-centimètre environ du bord de la plaie, on chemine da tissus au-dessous de la partie avivée, et on vient ressortir sur la à un demi-centimètre environ de l'autre bord de la plaie.

Sutures continues à surjet. — La suture à surjet que nous décrite page 113 est très indiquée dans les autoplasties périnéales tout lorsque l'opération est pratiquée immédiatement après l'a chement, et que le praticien est obligé d'agir vite. Elle simpli manuel opératoire ; il n'est pas nécessaire de s'inquiéter de la sy

et du nombre des points. Il s'agit de réunir dans les meilleures conditions les tissus avivés, comme on réunirait deux fragments d'étoffe déchirés.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

Nous avons dit que les procédés opératoires proposés pour la res-

Fig. 208. — Périnéorrhaphie par le procédé de L. Tait; avivement; la ligne ponctuée indique la direction de l'incision.

tauration des déchirures périnéales était innombrables. Depuis 1850, époque à laquelle les autoplasties vagino-péritonéales sont entrées dans une période pratique, chaque chirurgien a voulu donner son nom à un procédé.

Il suffit de parcourir les traités publiés à cette époque, pour se

rendre compte des complications de ces procédés ; on pratiq d'énormes décollements, et Baker-Brown avait même proposé de de chaque côté de la vulve des débridements, pour éviter la ten des lambeaux.

Tous ces procédés surannés ont fait place à une technique op toire d'une étonnante simplicité.

J'estime que la périnéorrhaphie est une opération facile et *portée de tous les praticiens ;* il n'est pas besoin d'être un princ la chirurgie pour bien refaire un périnée : il suffit de savoir appli proprement quelques sutures. Lawson Tait l'a surabondamment montré en proposant le procédé que je tiens de lui et que j'ai é premier à faire connaître en France.

Je crois donc simplifier considérablement la technique opéra en ramenant tous les procédés à deux qui suffiront pour restaure déchirures les plus étendues : *le procédé par dédoublement de Lau Tait*, et le *procédé à avivement en papillon* dont l'idée prem revient à Emmet.

LA PÉRINÉORRHAPHIE PAR DÉDOUBLEMENT LE PROCÉDÉ DE LAWSON-TAIT

La méthode de Tait se distingue par deux points principaux.

Il n'y a point d'avivement par ablation de tissus, mais un sim dédoublement, de sorte que, en cas d'insuccès, la malade se tr dans d'aussi bonnes conditions pour une nouvelle intervention restauration est en quelque sorte un travail en sous-œuvre par le on remonte la fourchette et la paroi postérieure du vagin sans intéresser directement dans l'opération.

2° L'opération s'exécute avec une étonnante rapidité, puisqu'il n pas de dissection : cinq ou dix minutes au plus suffisent pour exéc l'opération, y compris le passage des fils.

Manuel opératoire. —La malade est placée dans le décubitus so-fessier. L'anesthésie générale n'est pas absolument nécessair peu de durée de l'opération permet de ne pas endormir la mal surtout lorsqu'il ne s'agit que d'une rupture incomplète. Je dois cependant que j'opère toujours sous le chloroforme, sauf de très r exceptions.

Le rectum doit être bien nettoyé et bien vidé; j'y introduis pièce de gaze iodoformée, de façon à éviter la souillure des do

Les doigts introduits dans le rectum et recouverts de baudr

doivent distendre transversalement la région ano-vulvaire et, une fois fléchis en avant, faire saillir le septum vulvo-anal, la commissure

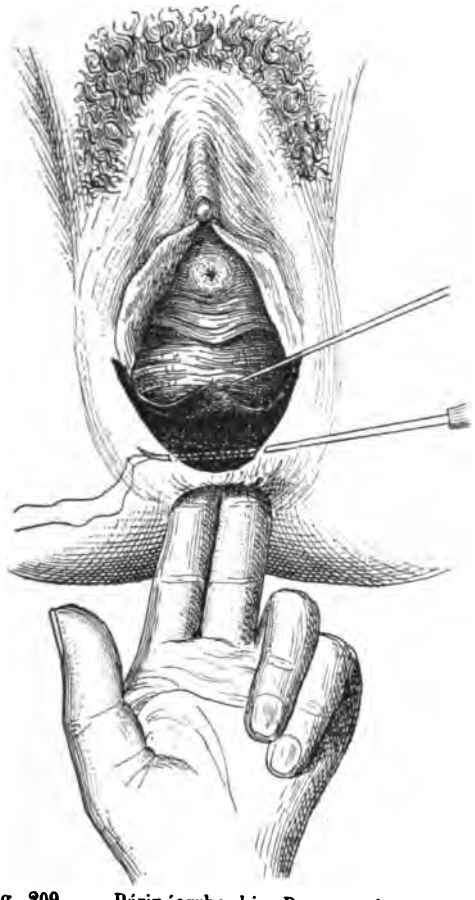


Fig. 209. — Périnéorrhaphie. Passage des fils.

postérieure et l'extrémité inférieure du vagin ; de cette façon, le champ opératoire est bien étalé. Un aide écarte les lèvres.

La section d'avivement doit être transversale sur le septum, puis s'arrondir extérieurement pour remonter sur les côtés de la vulve en décrivant une courbe concentrique à celle de la fourchette déchirée (fig 208).

Cette incision doit être faite en deux coups de ciseaux.

L'opérateur saisit les ciseaux, dirige la pointe de la plus aiguë des deux lames sur le milieu du septum vulvo-anal, et l'enfonce d'un cen-

timètre au moins dans le tissu ; l'autre lame reste à l'extérieur. Les doigts qui sont dans le rectum guident la pénétration de l'instrument, afin qu'il ne s'égare ni dans le rectum, ni dans le vagin.

Une fois la lame enfoncée, la main est inclinée de façon à donner aux ciseaux la direction voulue pour faire une incision transversale, puis arrondie et enfin verticale.

Il faut procéder de façon à ne pas ressortir la lame engagée. Pour cela, on la pousse au sein des tissus, dans la direction de l'incision projetée, et on ne tranche pas jusqu'à l'extrémité des lames. On arrive ainsi par de petites sections, jusqu'à la limite supérieure de l'incision.

Quand on a fini d'un côté on tourne les ciseaux de façon à faire sur l'autre côté une incision en tous points symétrique à la précédente.

La limite supérieure de l'incision varie suivant le degré de rétrécissement qu'on veut obtenir.

Aussitôt libéré, le lambeau vaginal se rétracte et remonte, en sorte que la plaie prend la forme d'un croissant dont la partie la plus large se trouve au milieu du périnée, et dont les cornes remontent sur les côtés de la vulve (fig. 209).

Le lambeau rétracté surplombe la partie mise à nu, à la façon d'un avant-toit.

Le croissant doit avoir un maximum de profondeur à l'endroit où il a un maximum de largeur, c'est-à-dire sur la ligne médiane. Pour lui assurer cette profondeur qu'il n'a pas d'emblée, il est nécessaire de donner quelques coups de ciseaux sur la ligne médiane dans la direction du sommet périnéal. On fait ensuite quelques incisions complémentaires sur les côtés, de façon à obtenir une plaie régulière et symétrique.

Réunion de la plaie. — Elle a lieu très rapidement avec des fils d'argent qu'on prépare à l'avance ; ces fils ont environ 20 centimètres de longueur ; une des extrémités du fil est munie d'un grain de plomb perforé.

Chaque fil entre non pas dans la peau, mais à la limite externe de l'avivement, pour aller ressortir à un point symétrique du côté opposé, *sans intéresser la peau*. Les doigts introduits dans le rectum servent à guider l'opérateur et à empêcher la perforation de la paroi. Une fois qu'on a placé le nombre de fils nécessaires, on arrête les sutures en procédant de la manière suivante : l'extrémité libre de

chaque fil est repassée dans la perforation existant dans les grains de plomb terminant l'autre extrémité ; on écrase alors le plomb avec une

Fig. 210. — Procédé de Lawson-Tait. La suture est terminée.

pince, et la suture est fixée. Les fils sont enlevés du neuvième au dixième jour.

Comme on le voit, la peau est exclue de la réunion; c'est une suture *intra-dermique;* on évite ainsi les douleurs que les malades éprouvent habituellement à leur réveil, et l'expérience a démontré que la périnéorrhaphie ainsi pratiquée donnait de bons résultats.

Application du procédé de Tait aux ruptures complètes. — Pour les ruptures complètes, l'opération comprend deux temps : *un premier temps* qui consiste à former avec les ciseaux une plaie en croissant dont la cavité regarde le vagin selon le procédé que nous venons d'indiquer A, B, C, D (fig. 211) ; un *second temps* qui consiste à faire une incision similaire dont la cavité regarde l'anus.

Pour ce second temps, l'opérateur replace la pointe des ciseaux au centre du premier croissant, et repart de ce point pour faire, de chaque côté de l'anus, une incision semblable à celle qu'il a faite du

côté de la vulve. On obtient ainsi deux croissants à convexité opposée (fig. 211), et qui se confondent sur la ligne médiane.

Nous avons vu comment on réunit le croissant supérieur. Pour le

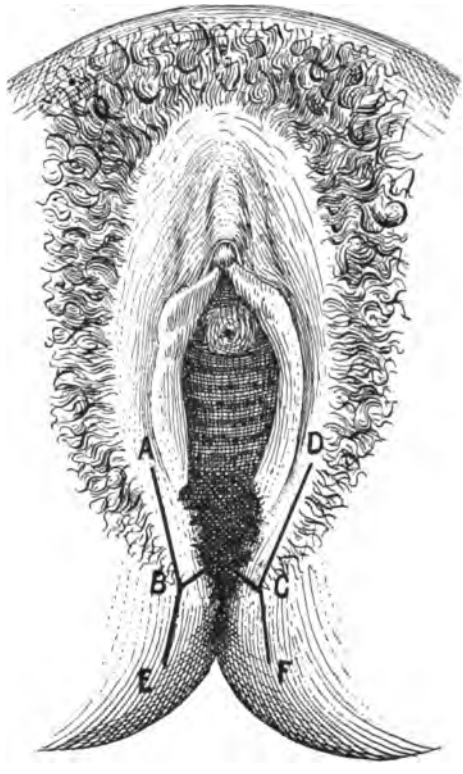


Fig. 211. — Procédé de Lawson Tait pour la rupture complète.
Tracé des incisions : A, B, C, D, incision supérieure; E, B, C, F, incision inférieure.

croissant inférieur, on attire en haut avec des pinces à griffes l'extrémité des cornes, afin de ramener les fibres du sphincter en disposition circulaire. L'opérateur entre alors avec l'aiguille dans l'avivement, selon une direction perpendiculaire à la direction de la corde anale et chemine dans la direction de la partie inférieure du septum pour ressortir sous l'extrémité de l'autre corne. Un second fil, décrivant une courbe moins prononcée, est placé plus haut; le troisième est presque horizontal. Les fils placés sur le croissant anal ont une direction inverse à ceux placés sur le croissant vaginal. Ils sont placés de la même manière.

Procédé de Tait simplifié par l'auteur. — On a vu que Lawson Tait emploie des fils spéciaux qu'il fixe par un grain de plomb écrasé par une pince ; on a vu également qu'il n'intéresse pas la peau dans sa suture et qu'il a soin de pénétrer et de sortir avec l'aiguille à la

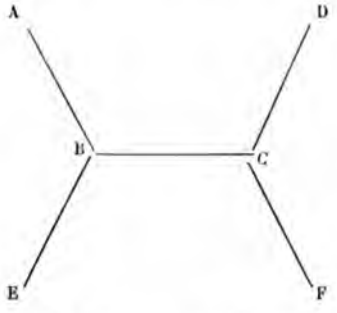


Fig. 212. — Tracé de l'incision pour la rupture complète.

limite interne de la plaie de façon à ne pas intéresser l'épiderme. Cette modification a pour but d'empêcher le tiraillement des tissus par les sutures et d'éviter les douleurs que la piqûre de la peau fait ordinairement ressentir aux malades à leur réveil.

De plus, Lawson Tait ne réunissait pas le petit lambeau vaginal en forme de capuchon qui forme la ligne concave du croissant (fig. 209) ; ce lambeau restait à l'état de bourrelet libre.

Quoique cette exclusion de la peau n'empêche pas la réunion par première intention et que le procédé de Tait, rigoureusement appliqué, m'ait donné toujours d'excellents résultats, j'ai pris l'habitude, depuis quelques années, de le simplifier.

Les figures 208, 209 et 210 indiquent le procédé tel que je le pratique aujourd'hui.

L'avivement aux ciseaux ou au bistouri est exactement le même.

J'emploie l'aiguille de Reverdin pour placer les sutures nécessaires (au nombre de 3 ou 4) et je *comprends la peau* dans la suture comme cela se fait ordinairement dans les autoplasties.

Une fois les sutures principales mises en place, je sectionne ce qui reste du lambeau supérieur ; si cela est nécessaire pour obtenir une bonne juxtaposition de la peau, je place un ou deux points au catgut.

PÉRINÉORRHAPHIE PAR AVIVEMENT

Le procédé que je viens décrire, d'une extrême simplicité et d'une exécution merveilleusement rapide, suffit dans l'immense majorité des cas.

Cependant, lorsque le plancher périnéal est très aminci, lorsque les tissus ont été lacérés dans une grande étendue, il me paraît utile de recourir aux anciens procédés qui comportent un avivement par dissection.

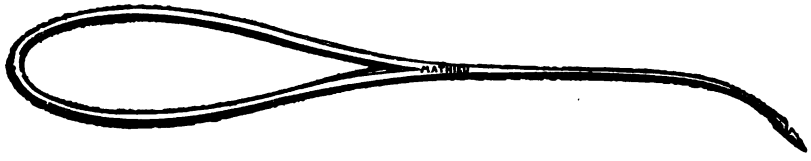


Fig. 213. — Aiguille pour la périnéorrhaphie

Mais là encore on peut simplifier considérablement le manuel opératoire.

Celui-ci diffère selon que la rupture est complète ou incomplète.

Quel que soit le procédé employé on préparera la malade comme cela a été indiqué page 236 ; j'emploie des fils de métal de volume moyen, mais on peut employer de la soie, du crin de Florence ou du catgut dont la solidité soit bien éprouvée ; je donne toujours la préférence aux fils métalliques.

L'anesthésie est absolument nécessaire.

Procédé pour la rupture incomplète. — Au milieu des nombreux procédés, je conseille celui qui tient le milieu entre les diverses méthodes d'origine américaine.

La malade est placée dans la position dorso-fessière, la région est aseptisée, le rectum nettoyé.

Avivement. — L'opérateur introduit deux doigts dans le rectum de façon à bien étaler la partie inférieure du vagin et le périnée ; il trace alors les lignes de la surface à aviver, soit avec un crayon d'aniline, soit avec la pointe du bistouri.

La surface d'avivement varie selon l'étendue de la déchirure ; il est impossible d'en assigner théoriquement les limites ; ce qu'il faut dire c'est que l'aire de l'avivement doit toujours excéder l'aire de la déchirure.

En général, je donne à l'avivement la forme d'un triangle où d'un cœur (as de pique) ; dans d'autres cas il aura la forme d'un losange. Une fois la forme déterminée, on incise avec la pointe du bistouri pour bien déterminer les bords, les doigts, introduits dans le rectum, donnent un point d'appui solide et permettent de ne pas aller trop profondément. L'irrigation contenue permet de ne pas s'inquiéter du sang et laisse le champ opératoire parfaitement clair.

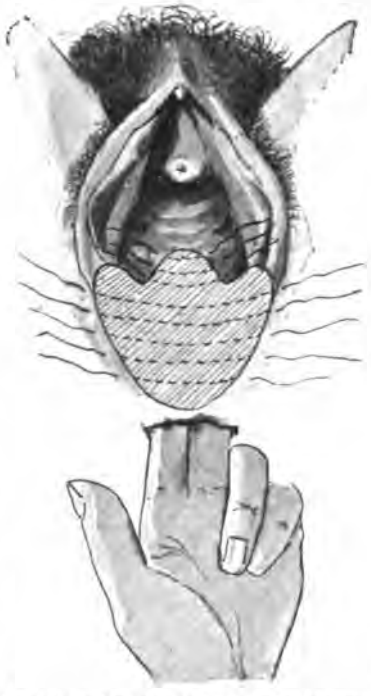


Fig. 214.—Périnéorrhaphie pour la rupture incomplète. Passage des fils ; l'avivement a la forme d'un as de pique.

Une fois l'incision circulaire faite avec la pointe du bistouri, il faut enlever la partie comprise dans l'aire d'avivement.

Le succès dépend en grande partie d'un bon avivement ; pas une partie du revêtement cicatriciel ou muqueux ne doit subsister ; on commence à saisir avec des pinces et à disséquer sur toute sa périphérie les bords de la plaie primitivement tracée par la pointe du bistouri. Une fois que le bord détaché atteint une certaine largeur, on le saisit entre les doigts et, si le détachement s'opère bien dans le tissu cellulaire sous-muqueux, le lambeau s'enlève, moyennant quelques coups de bistouri, d'une seule pièce et sans difficultés.

On peut également pratiquer l'avivement avec des ciseaux ; le doigt dans le rectum permet de se rendre compte facilement de l'épaisseur des tissus qu'on enlève ; l'essentiel est de ne laisser aucune partie non avivée et de conserver cependant une paroi vagino-rectale d'une épaisseur suffisante.

Suture. — Les sutures se placent exactement comme dans le procédé de Lawson Tait modifié, que j'ai exposé plus haut ; elles sont plus nombreuses (fig. 214) ; on place d'abord les fils du côté du rectum, afin d'éviter l'enchevêtrement ; chaque paire de fil est fixée par une pince à forcipressure ; une fois tous les fils en place, on les serre

successivement en commençant par celui du bas (fig. 215, A, A').

Lorsque les lèvres de la plaie sont réunies, il peut être nécessaire de placer un ou deux fils de catgut au sommet s'il existe quelques points où la juxtaposition est incomplète.

Quelques opérateurs conseillent de pratiquer une suture continue et à surjet ; cela est possible lorsque la plaie avivée n'est pas très étendue ; lorsque la déchirure est profonde les fils d'argent offrent plus de sécurité.

Tel est le procédé simple et rapide que j'emploie pour la rupture incomplète lorsque le périnée ne me donne pas une épaisseur suffisante pour appliquer le Lawson Tait qui est, pour moi, l'opération de choix.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE POUR LA RUPTURE COMPLÈTE

La méthode de Lawson Tait, qui me paraît parfaite pour les ruptures incomplètes, ne peut être appliquée avec autant de sécurité dans les cas où la déchirure est très étendue et intéresse une partie du septum. Si elle rétrécit suffisamment les orifices, elle ne donne pas toujours au plancher périnéal une résistance et une épaisseur suffisantes.

C'est pour ces diverses raisons que je conseille encore l'emploi des méthodes d'avivement dans certains cas déterminés.

Parmi les nombreux procédés décrits dans nos traités classiques, je ne donnerai que celui d'Emmet qui est simple et dont sont dérivés la plupart des procédés allemands qui sont infiniment plus compliqués. Une longue pratique me le fait considérer comme le meilleur et le plus pratique.

Voici la technique opératoire :

Les préparatifs de l'opérée sont les mêmes que pour la rupture incomplète.

Les doigts sont introduits dans le rectum de façon à bien étaler les surfaces à aviver.

L'avivement doit porter sur de larges surfaces ; il représente, sur chaque côté du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau et le sommet remonte vers la cloison recto-vaginale.

Ces deux triangles sont reliés entre eux par un avivement pratiqué aux dépens du septum recto-vaginal et remontant assez haut.

Lorsqu'il est terminé, l'avivement présente assez exactement la

forme d'un *papillon* aux ailes déployées, chacun des triangles latéraux représente une aile et la partie médiane représente le corps de l'animal (fig. 215).

Comme nous l'avons dit, il est bon de tracer d'abord les bords de la surface à aviver avec la pointe du bistouri.

On commence l'avivement par la partie médiane (corps du papil-

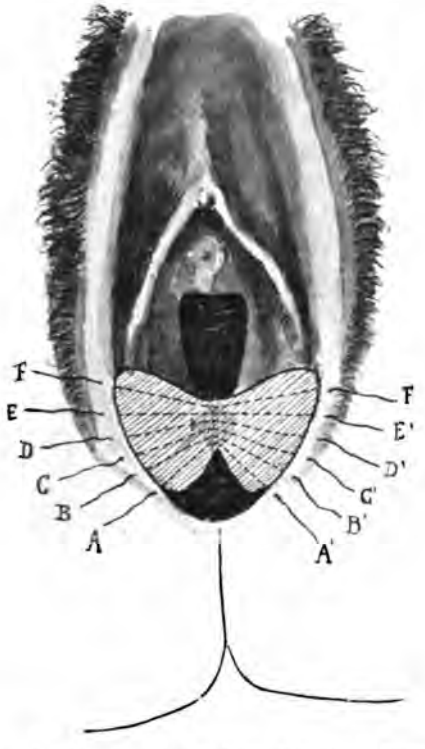


Fig. 215. — Périnéorrhaphie pour la rupture complète. Forme de l'avivement et passage des fils.

lon), le doigt de l'opérateur introduit dans le rectum permet de se rendre compte exactement de l'épaisseur des tissus qu'on enlève ; pour l'avivement des parties latérales (ailes), il est nécessaire qu'un aide saisisse la peau avec une pince pour faire tendre les parties sur lesquelles doit porter le bistouri.

Qu'on procède par décollement ou qu'on emploie les ciseaux, l'essentiel est de bien aviver toute l'aire du papillon ; un seul millimètre de peau laissée au milieu de la surface cruentée suffirait pour compromettre le succès de l'opération.

L'irrigation doit être continuée pendant tout le temps de l'avivement. Elle éclaircit le champ opératoire et arrête l'hémorragie. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'emploi des pinces pour arrêter le sang lorsque l'irrigation est bien faite.

Sutures. — La suture doit être faite en un seul temps ; j'emploie l'aiguille spéciale de Reverdin, mais toute grande aiguille courbe montée sur un bon porte-aiguille peut suffire. Les fils d'argent de moyen volume sont préférables.

On place les fils d'arrière en avant. Le placement de la première suture a une grande importance.

Voici le procédé que conseille Emmet et que j'applique rigoureusement :

L'opérateur introduit l'index de la main gauche dans le rectum

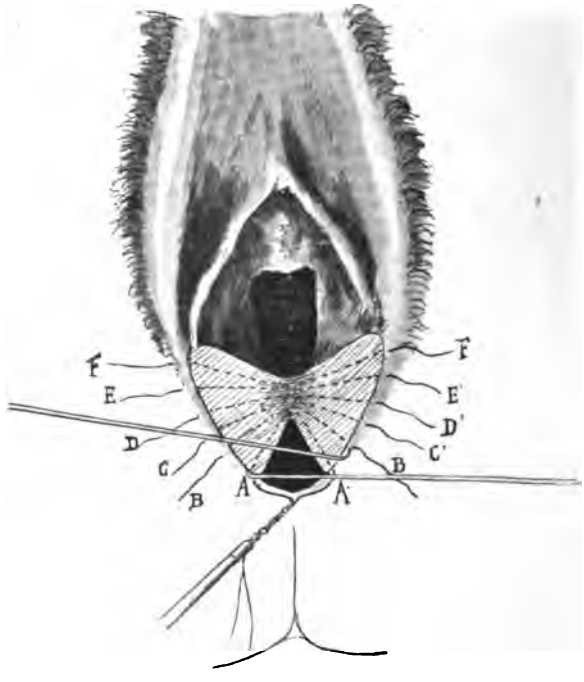


Fig. 216. — Périnéorrhaphie pour la rupture complète. Torsion du fil circulaire. en AA.

pour guider la pointe et saisit une longue aiguille à manche comme celle qui est indiquée dans la figure 213. Dans la rupture complète il importe de bien préciser la façon dont doit être placée la *première*

suture. Il faut introduire la pointe de l'aiguille à un centimètre environ *en arrière* de l'extrémité gauche du sphincter et de la plaie avivée ; de là l'aiguille remonte un peu dans les tissus, sans en sortir, contourne la cloison recto-vaginale, redescend du côté opposé et vient ressortir à droite de l'anus, en un point symétrique au point d'entrée.

Le fil ainsi passé est laissé libre et ne sera serré que lorsque les autres seront en place ; il est bon, pour empêcher l'enchevêtrement,

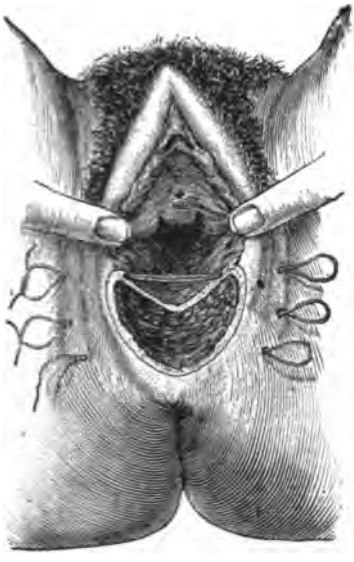


Fig. 217. — Avivement pour la suture enchevillée.

Fig. 218. — Suture enchevillée à bâtonnets pour la périnéorrhaphie (G. Thomas).

de saisir chaque paire de fils avec une pince à forcipressure avant leur torsion.

Les autres fils sont placés de la même façon à un centimètre environ au-dessus du précédent.

Lorsqu'on en a ainsi passé un nombre suffisant, on procède à la torsion des fils en commençant par le premier qui est le plus rapproché de l'anus et en continuant en remontant vers la vulve.

La figure 216 indique la position des fils ; les deux lèvres de la plaie sont rapprochées et le fil anal A, A′, saisi par une pince, ferme la plaie à sa partie inférieure.

Il est parfois nécessaire d'aider au rapprochement des tissus en pressant avec les doigts de chaque côté de l'avivement. Dans cer-

tains cas, Emmet et G. Thomas conseillaient de fixer les sutures au moyen de grains de plomb ou de petits bâtonnets placés de chaque côté du périnée. Un morceau de sonde en gomme durcie remplit très bien ce but. On évite ainsi la lacération des tissus par les fils métalliques, lorsque ceux-ci sont fortement tendus. Cette précaution est rarement nécessaire ; elle peut être utile cependant lorsqu'on craint un trop fort tiraillement des tissus par les sutures (fig. 217 et 218).

Comme on le voit, le procédé d'Emmet simplifie considérablement les méthodes opératoires si compliquées de Langenbeck, de Demarquay, de Baker Brown, de Richet qui avaient fait de la périnéorrhaphie une des opérations les plus compliquées de la chirurgie.

Tous les fils sont placés dans un plan unique de la peau à travers le septum recto-vaginal ; il n'existe pas, comme dans des autres procédés, de suture rectale et de suture vaginale isolée.

Outre cette simplification remarquable le procédé présente encore un avantage sur lequel son inventeur a particulièrement insisté. En plaçant le fil postérieur de l'anus (A,A' fig. 216) et en lui faisant traverser la peau, puis la cloison recto-vaginale, l'opérateur attire en avant et met en contact parfait les deux extrémités divisées du sphincter que la rétraction a portées en arrière. En agissant ainsi on rétablit dans son intégrité l'anneau du sphincter et on lui restitue sa forme et ses fonctions.

J'ai employé un grand nombre de fois ce procédé dans des déchirures très étendues ; les résultats que j'ai obtenus ont été tels que je déclare que tous les autres procédés ne présentent plus qu'un intérêt historique et que je m'abstiens de les décrire dans ce *Manuel*.

Mais, je le répète, l'application du fil postérieur A A' (fig. 216) demande à être faite avec le plus grand soin ; le doigt introduit dans le rectum guide l'aiguille qui devra contourner tous les tissus de manière à fermer la paroi recto-vaginale comme on ferme une bourse en tirant sur les cordons. En tordant ce premier fil, il faut également s'assurer (le doigt toujours dans le rectum) de ne pas trop le serrer afin de ne pas rétrécir outre mesure le conduit anal et permettre l'issue facile des excréments.

Choix du procédé. — *Soins consécutifs.* — Comme on le voit, la périnéorrhaphie est aujourd'hui une opération extrêmement simple et à la portée de tous les praticiens.

Le procédé de choix est celui de Lawson Tait. On devra toujours lui donner la préférence dans la rupture incomplète.

Le procédé d'Emmet ou du papillon sera préférable dans les déchirures complètes intéressant le septum recto-vaginal dans une grande étendue.

Soins consécutifs. — Nous avons parlé des préparatifs de l'opération (p. 236), nous devons maintenant dire quelques mots des soins consécutifs.

Ils se réduisent du reste à des soins de propreté. J'applique simplement de la poudre d'iodoforme après chaque miction. Il est préférable de sonder les malades pendant deux ou trois jours, mais cette précaution n'est pas indispensable.

Quoi qu'en disent les opérateurs modernes, je préfère laisser les malades constipées pendant quelques jours ; si la malade est tourmentée par des gaz, on introduit de temps en temps une sonde molle dans l'anus.

S'il y a de la température il faut examiner attentivement la plaie pour voir si un fil ne suppure pas et enlever aussitôt les fils qui paraîtraient trop tendus ; le retrait d'un fil en temps utile peut circonscrire l'inflammation et éviter un insuccès, c'est surtout du côté de la cloison recto-vaginale qu'il faut craindre des fistules et des suppurations.

Les fils seront enlevés du dixième au douzième jour et même plus tard s'il n'y a pas de signe de tension ou d'irritation locale.

La malade ne devra marcher qu'au bout de quelques semaines et les rapports sexuels ne seront permis qu'au bout de deux ou trois mois.

COLPOPÉRINÉORRHAPHIE

Dans cette opération, l'avivement comprend, non seulement le périnée, mais encore la paroi postérieure du vagin. Il s'agit non seulement de restaurer le périnée absent, mais encore de combattre la rectocèle et surtout le prolapsus utérin. Nous aurons l'occasion d'en donner la description en parlant du traitement chirurgical du prolapsus utérin et des différentes variétés de colporrhaphies.

CHAPITRE VI

FISTULES GÉNITO-URINAIRES. — FISTULES GYNÉCOLOGIQUES

Les traités classiques ne mentionnent en général que les fistules vésico-vaginales dont la cure radicale n'a été bien établie que depuis les travaux de Marion Sims en 1865.

Nous avons pensé qu'on pouvait compléter ce chapitre déjà fort intéressant de la gynécologie opératoire par l'addition d'un nouveau chapitre dans lequel peuvent être classées avec quelque méthode les fistules gynécologiques en dehors des fistules vésico-vaginales qui sont le plus souvent d'origine obstétricale ; telles sont les *fistules gynécologiques* consécutives à des suppurations pelviennes, à la persistance d'une poche ovarienne ou annexielle, à des perforations des organes pelviens pendant le cours d'une opération. Ce chapitre sera donc divisé en deux parties : les *fistules urinaires*, les *fistules gynécologiques*.

1° Fistules urinaires

Sous ce nom, on désigne toutes les communications anormales faisant passer l'urine par le vagin (fig. 219).

Selon que la communication anormale porte sur les parois du vagin, de l'utérus ou de l'urètre, les fistules ont été divisées en *vésico-vaginale*, *urétro-vaginale*, *vésico-utérine* et *vésico-utéro-vaginale*.

Dans la *fistule vésico-vaginale*, il y a une communication directe entre le vagin et le bas-fond de la vessie ou trigone vésical. La destruction des tissus peut être peu étendue et admettre seulement le passage d'un stylet, comme elle peut comprendre tout le septum *vésico-vaginal*. La fistule est ovale, triangulaire, elliptique ou linéaire ; ses bords peuvent être minces ou épais, rugueux ou lisses, ramollis ou indurés.

La fistule *urétro-vaginale*, qui est moins fréquente que la précé-

dente, présente les mêmes caractères avec cette différence que la destruction des tissus porte sur la paroi urétrale et non sur le septum vésico-vaginal.

Dans la fistule *vésico-utérine*, il y a communication directe entre la

Fig. 219. — Principales variétés de fistules urinaires. — Les fistules siégeant sur les uretères ne sont pas représentées.
A, fistule urétro-vaginale; B, fistule vésico vaginale; C, f. vagino-rectale; D, f. vésico-utérine.

vessie et l'utérus. Dans ce cas, le septum vaginal est intact et l'urine s'échappe par l'orifice utérin.

Dans la fistule *vésico-utéro-vaginale*, la lésion porte à la fois sur l'utérus et le vagin. Le canal artificiel est formé aux dépens de la paroi du col de l'utérus et l'urine s'échappe par une petite ouverture située à côté de l'orifice utérin.

Étiologie. — Les fistules vésico-vaginales reconnaissant généralement pour cause les pressions exercées sur les téguments par la tête du fœtus pendant le travail et les inflammations gangreneuses qui y succèdent. Ce n'est généralement que plusieurs jours après la délivrance qu'on s'aperçoit de l'accident, mais il peut se manifester plus tôt lorsqu'il résulte de l'emploi intempestif d'instruments pendant l'accouchement. Dans quelques cas plus rares, la séparation de l'eschare qui devient le point de départ de la fistule n'a lieu que vingt ou

trente jours après la délivrance, alors que toute crainte de fistule était écartée.

Les fistules vésico-vaginales peuvent être également produites par des abcès ou par le séjour trop prolongé de corps étrangers, notam-

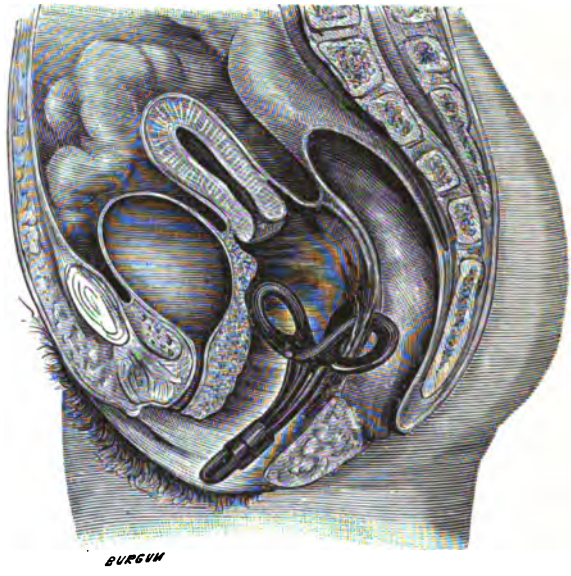


Fig. 220. — Pessaire ayant déterminé une fistule.

ment par les pessaires. Il peut encore arriver que le septum vésico-vaginal soit détruit par une affection cancéreuse. Enfin on a observé parfois, pendant le cours de certaines maladies aiguës, un travail d'inflammation gangreneuse du vagin qui a pour conséquence la production de fistules étendues.

Enfin il arrive assez souvent que la fistule devient la complication d'une opération et constitue en sorte un accident chirurgical.

Symptômes. — L'écoulement de l'urine par le vagin est le premier symptôme qui appelle l'attention ; mais cet écoulement ne présente pas toujours les mêmes caractères ; il peut être intermittent ou continu et peut varier avec la position qu'occupe la patiente. C'est ainsi que certaines malades peuvent conserver l'urine pendant la station et la perdent dans la position horizontale. Ces faits s'expliquent par les mouvements de la masse intestinale qui vient obstruer l'orifice fistuleux.

Indépendamment de l'écoulement de l'urine, la plupart des

malades souffrent des vaginites plus ou moins intenses. La vulve, les cuisses sont continuellement mouillées, s'irritent, s'enflamment et se couvrent d'ulcérations. Tout l'appareil urinaire peut être le siège d'une cuisson plus ou moins vive. Lorsque l'affection existe depuis quelque temps, le vagin est quelquefois tapissé de concrétions urinaires et répand une odeur infecte.

Diagnostic. — Il est toujours facile de reconnaître l'existence de la lésion, mais il est parfois difficile de se rendre un compte exact de la situation et de la dimension de la fistule, circonstances importantes au point de vue du pronostic et du traitement.

Si l'ouverture fistuleuse est large, le toucher suffira le plus souvent pour révéler la nature et l'étendue de la lésion. Lorsque la fistule est petite, elle peut au contraire échapper aux recherches les plus minutieuses. On emploiera pour la recherche des fistules le spéculum de Sims et il sera souvent nécessaire de faire écarter les cuisses et les grandes lèvres par des aides. Ce procédé n'est pas toujours suffisant pour faire découvrir la lésion lorsqu'elle est extrêmement petite. Il faut, dans ce cas, injecter de l'eau dans la vessie et rechercher avec soin le point où elle s'échappe dans le vagin. On arrive ainsi à découvrir une ouverture capillaire siégeant le plus souvent au point de jonction du vagin et de l'utérus. Kiwisk a conseillé de remplacer l'eau par un liquide coloré avec de l'indigo ou de la cochenille. Une fois qu'on aura découvert l'ouverture vaginale de la fistule, il sera toujours facile de reconnaître son parcours et sa longueur à l'aide d'un stylet.

Dans quelques cas il est nécessaire de placer la malade sous le chloroforme pour découvrir le siège de la fistule.

Le *pronostic* des fistules vésico-vaginales dépend de leur siège et de leur étendue. On peut dire que, grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine, ces lésions, autrefois considérées comme incurables, sont le plus souvent susceptibles d'un traitement curatif.

Traitement. — Le traitement des fistules urinaires est essentiellement chirurgical.

C'est certainement à Sims que revient l'honneur d'avoir, par des procédés vraiment nouveaux, mis à la portée de tous, la guérison de la fistule vaginale.

Les innovations introduites par ce chirurgien portent sur trois points principaux :

1° Dilatation et exploration du vagin permettant de placer sous les yeux et à la portée de l'opérateur les parties à réunir;

2° Avivement suffisant et application de sutures ne provoquant ni inflammations, ni ulcérations;

3° Méthode permettant de maintenir la vacuité de la vessie un temps suffisant après l'opération.

Chacun de ces trois points a conservé plus ou moins d'importance aujourd'hui; mais il est incontestable qu'ils ont été et sont encore la base de la thérapeutique opératoire appliquée aux fistules, depuis

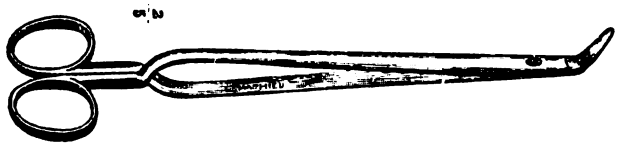


Fig. 221. — Ciseaux pour l'avivement.

que Sims a publié son célèbre mémoire sur les *sutures d'argent*, lu à l'Académie de médecine de New-York le 18 novembre 1857 et popularisé sa méthode, par de nombreuses opérations pratiquées quelques années après en France et en Angleterre.

Moment favorable à l'opération. — De même que pour la périnéorrhaphie, on a longuement discuté sur la question de savoir à quel moment il convient de pratiquer l'opération. Doit-elle être faite aussitôt après l'accouchement, c'est-à-dire après la cause qui a produit l'accident, on doit attendre que la femme soit complètement remise des suites de la délivrance? Nous pensons qu'il y a de sérieux inconvénients à tenter la réunion de la lésion immédiatement après sa formation. On s'expose ainsi aux causes d'infection qui peuvent accompagner l'accouchement; les tissus sont plus vasculaires, plus friables. Il nous paraît donc préférable d'attendre deux mois environ après l'accouchement; on est sûr ainsi que tous les tissus mortifiés sont complètement éliminés et que ceux qui restent sont susceptibles d'être réunis par première intention.

Il va sans dire que ce n'est pas là une date fixe et que l'opération peut être pratiquée avec succès beaucoup plus tard, puisque bon nombre de chirurgiens ont opéré et guéri des fistules datant de plus de vingt ans.

Technique de l'opération. — L'oblitération de la fistule peut être obtenue par deux procédés opératoires très différents :

1° En réunissant directement les lèvres de la fistule ; c'est l'opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite.

2° En pratiquant l'oblitération totale du vagin au-dessous de la fistule. Cette opération, qui n'est indiquée que lorsque la première est absolument impraticable, a été surtout préconisée par Simon sous le nom de *Kolpokleisis*.

Opération de la fistule vésico-vaginale et des fistules des voies génitales en général. — Les auteurs classiques décrivent plusieurs pro-

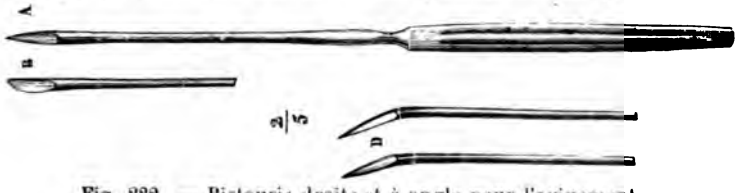


Fig. 222. — Bistouris droits et à angle pour l'avivement.

cédés opératoires. C'est ainsi qu'on trouve généralement dans les traités la description des procédés de Jobert de Lamballe, de Sims, de Simon, de Bozeman, etc.

Nous pensons qu'il n'y a pas lieu d'établir des catégories entre chacun de ces procédés et nous ferons connaître le mode opératoire que nous employons habituellement.

Manuel opératoire. — On peut distinguer trois points principaux dans le manuel opératoire de la fistule vésico-vaginale :

1° Position de la malade et découverte de la fistule ;

2° Avivement des lèvres de la fistule ;

3° Passage des fils de suture.

1° *Position de la malade, découverte de la fistule.* — Nous avons dit plus haut que les insuccès de nos prédécesseurs étaient dus en partie aux difficultés qu'ils éprouvaient à découvrir le champ opératoire. Il est donc de toute importance de placer la malade dans une position qui permette à l'opérateur l'accès facile de la fistule.

Sims a toujours opéré en plaçant la femme dans le décubitus latéral qui porte son nom.

Plus tard, Bozeman a proposé la position génu-pectorale. Enfin, Simon a préconisé la position dorso-sacrée. On trouvera au commencement de ce livre les détails techniques relatifs à ces diverses positions.

Si la femme n'est pas anesthésiée, le décubitus latéral de Sims doit être préféré. Outre que cette position permet de bien découvrir la fistule, elle peut être supportée sans fatigue pendant un temps assez long.

La position génu-pectorale de Bozeman est extrêmement fatigante pour la femme et ne peut être employée qu'avec l'aide de l'anesthésie. Elle nécessite l'emploi d'un fauteuil spécial où la malade doit être fortement fixée. Toutes ces considérations nous ont fait abandonner la position génu-pectorale.

Le décubitus dorso-sacré présente d'incontestables avantages. Dans cette position, la fistule peut être admirablement découverte et il n'est besoin d'aucun appareil spécial.

Pour résumer la question des postures, nous dirons que nous préférons la position de Sims lorsque la femme n'est pas anesthésiée et que nous donnons la préférence au décubitus dorso-sacré lorsque

Fig. 223. — Pince pour saisir les lambeaux.

l'anesthésie est pratiquée, ce qui est le cas le plus fréquent. Il est de règle, en effet, d'anesthésier les malades pour cette opération ; mais il arrive parfois que certaines femmes ont une très grande appréhension du chloroforme et refusent le concours de l'anesthésie.

Pour bien exposer la fistule et faciliter l'opération, il faut pratiquer le prolapsus artificiel. On se reportera à ce que nous avons dit de cette manœuvre dans l'article spécial que nous lui avons consacré (p. 124).

Trois aides sont ordinairement nécessaires pour l'opération : un s'occupe de l'anesthésie et les deux autres appliquent les écarteurs, épongent ou dirigent l'irrigation continue.

2° *Avivement des lèvres de la fistule.* — Le speculum étant introduit, la fistule bien exposée et les parties convenablement nettoyées, on procède à l'avivement.

Les bords de la fistule sont saisis soit avec une simple pince à griffes (fig. 223), soit à l'aide d'érignes ou d'un petit ténaculum en forme de crochet (fig. 224). On avive ensuite avec des ciseaux (fig. 221), ou, mieux encore, avec le long bistouri articulé de Sims (fig. 222).

Cet avivement doit porter sur tout le pourtour de la fistule et être ait aux dépens de la muqueuse vaginale sans porter sur la muqueuse vésicale ; il doit être fait largement, de façon à faire disparaître tous les tissus cicatriciels et à donner une surface circulaire large et bien

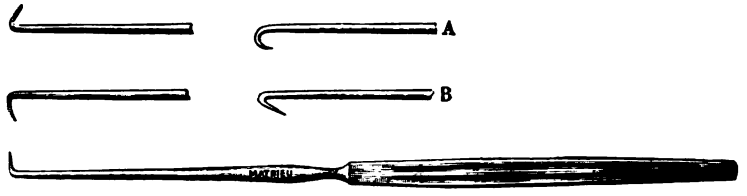


Fig. 224. — Crochets pour saisir les bords de la fistule.

saignante. Comme nous l'avons dit, le succès définitif dépend de ce temps de l'opération et le chirurgien doit y apporter tous ses soins. Il est préférable de dessiner tout d'abord avec le scalpel le contour de l'avivement ; il est alors plus facile de s'orienter lorsque le sang vient masquer le champ de l'opération. Il peut arriver que des vaisseaux assez volumineux donnent du sang ; il faut alors les saisir avec une pince à forcipressure et y appliquer une ligature en catgut. Si le vaisseau ne peut être saisi facilement, on termine rapidement l'avivement sur ce point et on arrête l'hémorragie en l'embrochant par une des sutures.

Nous préférons le bistouri pour mettre à nu les surfaces ; mais nous pensons qu'on peut avec avantage se servir des ciseaux pour régulariser la plaie avant de procéder à la suture. On emploie à cet effet des ciseaux spéciaux. Bozeman a imaginé des ciseaux présentant des modèles variés et dont l'emploi est très utile étant donné la difficulté qu'on éprouve parfois à bien atteindre les lèvres de la plaie.

3° *Passage des fils et sutures.* — Nous décrivons deux procédés de suture : 1° le procédé ordinaire ; 2° le procédé de Vulliet.

Procédé ordinaire. — On choisira pour la suture, soit l'aiguille de Reverdin, soit des aiguilles courbes décrivant un demi-cercle d'environ 2 centimètres de diamètre. Celles-ci sont montées sur un porte-aiguille ; celui de Sims, qui permet d'incliner l'aiguille suivant des angles différents, est préférable.

Comme fil de suture, on peut employer le fil d'argent, ou la soie. Nous préférons le fil métallique qui peut être plus facilement tordu à distance.

L'aiguille placée sur le porte-aiguille est introduite dans les téguments à l'angle de la plaie le plus difficile à atteindre, à un centimètre environ du bord de l'incision ; elle vient ensuite ressortir près de la

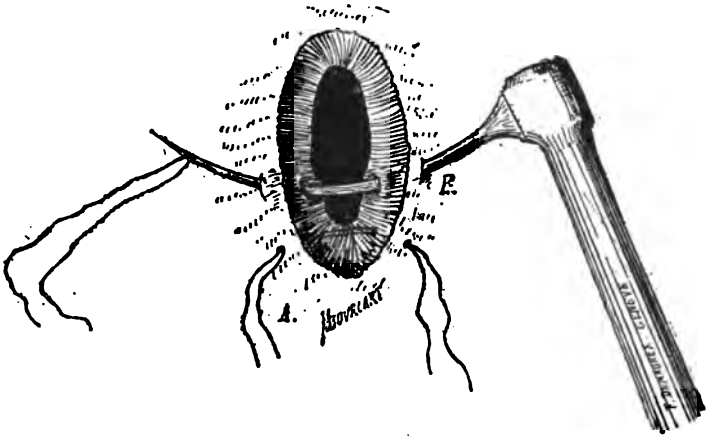


Fig. 225. — Suture de la fistule au moyen de l'aiguille Reverdin.

surface vésicale sans intéresser la membrane muqueuse de cet organe (fig. 225). L'aiguille, ayant traversé cette première lèvre, est ensuite dirigée à l'aide d'un petit ténaculum de façon à atteindre la lèvre opposée, où elle est introduite par le même procédé, mais en sens inverse.

On continue de la même manière jusqu'à ce que le nombre des sutures soit suffisant pour assurer une coaptation bien exacte des lèvres de la plaie. Si cette coaptation n'est pas jugée suffisante après la torsion des premières sutures, on peut encore appliquer quelques sutures superficielles. Dans les fistules très étendues, il est parfois nécessaire d'appliquer deux séries de sutures : profondes et superficielles ; mais il suffit le plus souvent d'appliquer une seule rangée.

Lorsque l'aiguille pénètre dans les tissus, une certaine force est nécessaire pour empêcher le fil d'entraîner les téguments et les couper. Cette résistance est obtenue à l'aide d'une petite fourche à branches mousses ou d'une simple sonde cannelée. Cet instrument est également nécessaire pour réfléchir les fils et en pratiquer la torsion.

Les figures 226 à 230 représentent différents petits instruments fort ingénieux destinés à aider le chirurgien ; un petit crochet pour tirer les fils (fig. 226), la petite fourche de Sims ou Fulchrum (fig. 227), le

petit crochet aigu pour saisir les angles de la plaie (fig. 228), les tord-fil à deux orifices (fig. 229) ou en S (fig. 230).

Quand on a passé tous les fils, on irrigue soigneusement la plaie et

Fig. 226. Cochet pour tirer les fils.

Fig. 227. Fourche de Sims.

Fig. 228. Petit crochet.

Fig. 229. Tord-fil à deux trous.

Fig. 230. Tord-fil en S.

on enlève tous les caillots avant de procéder à la fixation et à la torsion des sutures.

On saisit les extrémités de chaque fil, on les tire légèrement de façon à rapprocher les lèvres de la plaie et on les introduit dans la cannelure du fulcrum. Ce temps de l'opération, qui est indiqué dans la figure 234, doit être pratiqué avec beaucoup de ménagement.

Une fois que la juxtaposition des lèvres de la plaie est obtenue, on pratique la torsion des fils à l'aide d'une pince ou du tord-fil (fig. 234).

On répète ensuite la même manœuvre pour chaque fil. Une fois la torsion terminée, on coupe les fils à un centimètre environ de la plaie et on les aplatit à l'aide d'une pince pour qu'ils ne puissent irriter les parois vaginales.

Des injections sont ensuite pratiquées dans la vessie afin de la débarrasser du sang et des caillots qui pourraient provoquer du ténesme ou oblitérer l'urètre. S'il s'est produit une hémorragie dans la vessie, il peut arriver qu'on soit obligé de recourir à l'aspiration au moyen d'une sonde et d'une forte seringue, afin de pouvoir extraire complètement les caillots.

L'opération terminée, la malade est placée sur son lit dans le décubitus dorsal, les genoux un peu élevés et supportés par des coussins.

Il faut placer dans la vessie une sonde à demeure. Sims a imaginé un cathéter spécial qui permet l'écoulement constant de l'urine. (fig. 237 et 238). Il sera bon néanmoins d'examiner fréquemment le cathéter afin de s'assurer qu'il n'est pas obstrué.

On provoquera la constipation à l'aide des narcotiques et la malade sera soumise à un régime nutritif, mais non excitant.

On retire les fils du dixième au douzième jour. Sims ne les laissait pas plus de huit jours ; mais, comme leur présence n'occasionne

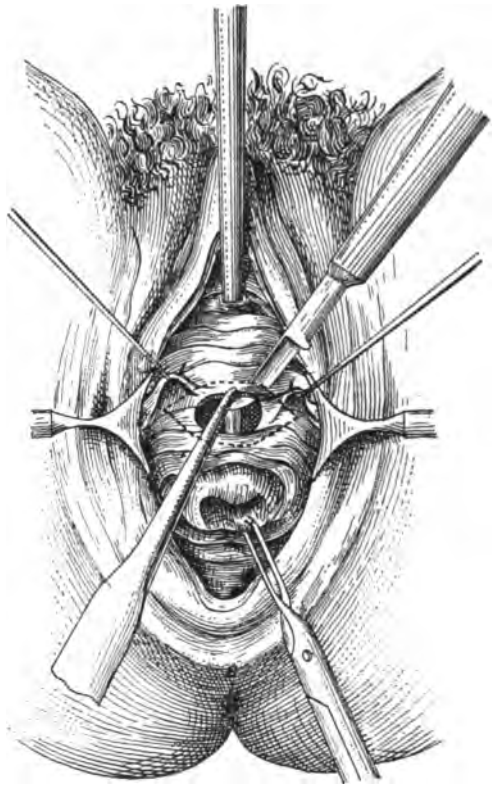


Fig. 231. — Fistule vésico-vaginale. Avivement.

aucun inconvénient, nous pensons qu'il est préférable de les enlever le plus tard possible. On appliquera un spéculum pour retirer les fils.

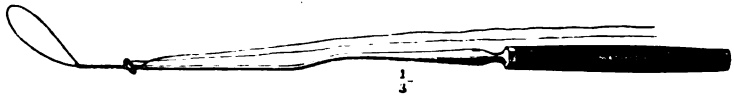


Fig. 232. — Tord-fil de Denonvilliers.

Cette petite opération, qui ne présente aucune difficulté spéciale dans ce cas, devra cependant être faite avec ménagements.

Le cathéter à demeure sera alors enlevé et on pratiquera un examen pour constater la réussite de l'opération. La vue ne donne pas sur ce

point une certitude. Celle-ci ne peut être obtenue qu'en remplissant lentement la vessie avec de l'eau tiède. Il n'est pas rare de n'obtenir qu'un succès partiel après une première opération. Un grand nombre

Fig. 233. — Opération de la fistule. Les fils sont en place.

de fistules étendues n'ont été guéries qu'après avoir pratiqué plusieurs opérations successives.

Vulliet a indiqué une manière plus simple de s'assurer si la fistule est hermétiquement fermée au bout de huit jours.

Avant de retirer les fils on fait mettre l'opérée dans la posture génu-pectorale (il faut que la vessie contienne de l'urine), on place une valve de Sims et on oriente le sujet de façon que la suture soit bien en lumière, alors il engage la malade à tousser. Si l'urine trouve une issue ouverte, on la voit sortir pendant les efforts de toux. Dans ce cas, on pose des sutures secondaires sur les solutions de continuité et il ordonne un repos de huit jours. Vulliet a ainsi réussi à clore parfaitement d'une seule opération, mais moyennant des sutures supplémen-

taires, des fistules qui n'étaient pas complètement réunies au bout des premiers huit jours.

Autres procédés. — Le procédé que nous venons de décrire s'ap-

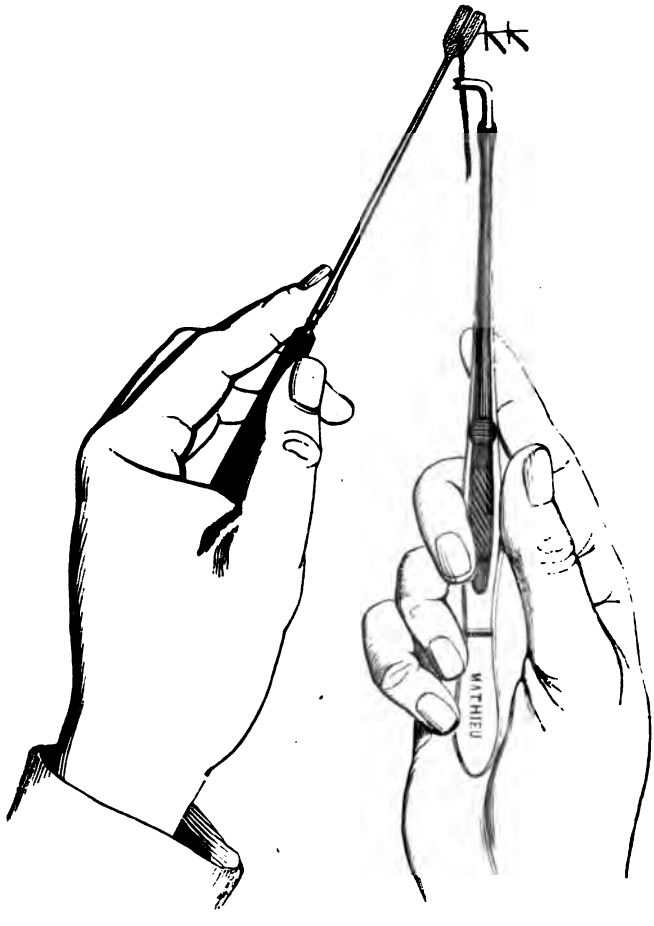


Fig. 234. — Torsion des sutures.

plique aux fistules vésico-vaginales simples. Il peut être modifié selon l'étendue de la lésion et surtout suivant la variété de la fistule.

Bozeman a préconisé un procédé opératoire qui est maintenant abandonné et qui consiste à passer tous les fils dans une petite plaque d'étain perforée dans le but d'immobiliser l'ensemble des surfaces réunies.

Le procédé de Simon est une modification du procédé américain Ce chirurgien pratiquait le prolapsus artificiel et appliquait deux rangées de sutures superficielles et profondes.

Dans la fistule *vésico-utéro-vaginale*, le procédé ne diffère pas

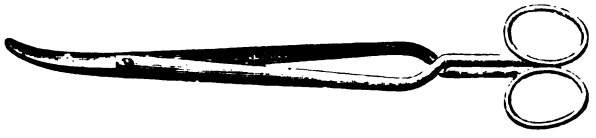


Fig. 235. — Ciseaux courbes et mousses pour couper les fils.

essentiellement de celui que nous avons décrit. Il faut pratiquer l'avivement en entonnoir de façon à pénétrer jusque dans la vessie. Les sutures seront placées sur deux rangs ; une rangée destinée à réunir les parties profondes et une seconde rangée superficielle. L'avivement embrasse une plus grande épaisseur de téguments et les fils pénètrent plus profondément dans les tissus. Comme nous l'avons dit plus haut, il est le plus souvent nécessaire de faire deux rangées de sutures et l'on doit surtout s'attacher à obtenir une coaptation parfaite des angles.

Procédé de Vulliet. — Après avoir fait l'avivement, Vulliet implante des petites pinces à griffes aux deux extrémités du diamètre suivant lequel les bords de la fistule se rapprochent le plus facilement

Fig. 236. — Suture continue profonde appliquée à la fistule.

(c'est tantôt le diamètre transversal, tantôt le diamètre antéro-postérieur, cela dépend du cas) ; un aide tire sur ces pinces jusqu'à ce que la fistule s'allonge et que ses bords se rapprochent.

Prenant alors une très petite aiguille munie d'un fil de catgut très fin, il réunit les bords de la fistule par une suture continue à points

très rapprochés faisant en sorte que les lèvres coaptées se retournent dans la vessie.

C'est l'application sur le bas-fond de la vessie du système de suture qu'on emploie pour les plaies de l'intestin.

Quand la suture est achevée, on lave l'avivement avec une solution de sublimé au 10.000e et on pose des sutures d'argent comme dans le procédé ordinaire. Le fil de catgut constitue une suture perdue qui garantit la coaptation.

Traitement de la fistule par occlusion du vagin (kolpokleisis). — Cette opération a été conseillée dans les cas où l'âge ou la volonté de la malade permet de renoncer aux fonctions physiologiques du vagin. Elle est loin de présenter les avantages de la suture immédiate des bords de l'orifice fistuleux, puisqu'elle entraîne comme conséquence

Fig. 237 et 238. — Sondes à demeures, modèles de Sims.

inévitable le séjour de l'urine dans le vagin ; mais elle peut cependant être tentée lorsque l'étendue de la fistule rend peu probable la guérison par les procédés que nous avons décrits, ou lorsque ces procédés ont déjà été appliqués plusieurs fois sans succès. Par cette opération le vagin et la vessie deviennent le réceptacle commun de l'urine et du sang menstruel qui peuvent s'échapper à volonté par l'orifice urétral.

On arrive à ce résultat par deux procédés : par l'*épisiorrhaphie* et l'*oblitération*. Le premier consiste à aviver la face interne des grandes lèvres et à les réunir par des sutures. L'opération est très simple, mais il est extrêmement difficile d'obtenir l'oblitération complète de l'orifice vaginal au niveau du méat urinaire.

Le second procédé consiste à aviver non les grandes lèvres, mais les parois du vagin. Les surfaces cruentées sont ensuite réunies par des sutures, et la vessie est maintenue vide par une sonde à demeure jusqu'à ce que la réunion soit complète.

Le kolpokleisis est peu pratiqué, et il ne l'a guère été qu'en Allemagne, grâce aux efforts de Simon, qui préconisait beaucoup cette opération.

L'opération n'est, en effet, qu'un palliatif, qui n'est applicable que

lorsque les femmes ont dépassé la ménopause. L'accumulation du sang menstruel dans le vagin aurait plus d'inconvénients que la fistule elle-même.

L'impossibilité de clore l'orifice d'une fistule débouchant dans l'utérus, peut seule justifier des opérations telles que l'épisiorrhaphie et le colpokleisis.

2° FISTULES GYNÉCOLOGIQUES

Les procédés opératoires que nous venons de décrire s'appliquent aux fistules urinaires classiques.

Il nous a paru utile de mentionner ici sous le nom de *fistules gynécologiques* les communications anormales qui s'établissent très souvent entre les divers organes du bassin à la suite de suppurations ou d'interventions chirurgicales.

Étiologie. — Ces fistules sont *spontanées* ou *post-opératoires.*

Fistules spontanées. — Les fistules spontanées sont dues à des suppurations pelviennes.

A la suite d'une inflammation phlegmoneuse péri-utérine, le pus se fraie un orifice dans le rectum, le vagin, la vessie, l'utérus et même dans le péritoine. C'est la terminaison habituelle des suppurations pelviennes si l'évacuation n'est pas provoquée par une des opérations que nous décrirons plus loin (voy. *Inflammations péri-utérines*).

Dans ces cas, des trajets fistuleux peuvent persister plus ou moins longtemps entre la poche suppurée et les organes pelviens; on observe alors un écoulement anormal de pus par le rectum, le vagin ou la vessie.

Fistules post-opératoires. — D'après Doyen, qui a fort bien étudié ce chapitre de pathologie pelvienne (*Congrès de gynécologie*, Amsterdam, 1899), les fistules post-opératoires sont dues :

A. Persistance d'une poche ovarienne ou annexielle;

B. Blessure de l'intestin, de l'uretère ou de la vessie au cours de l'opération.

Les blessures de l'intestin peuvent affecter soit l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice, l'S iliaque ou le rectum. Elles peuvent, de même que les fistules de la vessie, préexister à l'opération et devenir définitives à la suite de l'énucléation de la poche fistuleuse adhérente.

L'uretère peut être blessé dans les opérations de cancer envahissant le ligament large et dans l'ablation de certaines tumeurs du ligament large.

L'intestin peut être déchiré en détachant des tumeurs très adhérentes ou au moment de l'arrachement de poches suppurées pelviennes.

La vessie peut être blessée dans certaines opérations de fibromes par la laparotomie lorsqu'elle remonte très haut et que la technique opératoire est défectueuse.

Enfin, à la suite de l'hystérectomie vaginale, une fistule de l'uretère, de la vessie ou de l'intestin peut se produire secondairement par suite de l'élimination d'une eschare produite au contact des pinces à demeure.

Traitement. — Les *fistules spontanées* qui établissent une communication anormale entre une poche suppurée et les cavités normales (vagin, rectum, vessie), doivent être traitées par les procédés autoplastiques que nous avons décrits pour les fistules urinaires ; mais il importe de n'intervenir que lorsque la suppuration pelvienne a été tarie ; nous renvoyons donc pour le traitement des suppurations pelviennes au chapitre très complet que nous lui consacrons plus loin (voy. *Inflammations péri-utérines*).

Pour les fistules *post-opératoires* faisant ouvrir l'intestin à la peau, dans le vagin ou dans la vessie, il est nécessaire de recourir à la *laparotomie*. On trouvera plus loin les détails relatifs aux laparotomies (voy. *Hystérectomie*, *Ovariotomie*), nous donnons seulement ici la technique spéciale indiquée par Doyen pour les fistules gynécologiques :

« Le ventre ouvert, le plus souvent dans la position de Trendelenburg, et la fistule disséquée, l'anse intestinale est rapidement détachée et attirée au dehors. Le péritoine est protégé par des compresses stérilisées.

« Si l'intestin n'est pas rétréci, on pratique une double suture en bourse ou bien une suture en bourse unique fortifiée par un surjet longitudinal ou transversal quand la musculeuse est déchirée. Même technique pour les orifices de la vessie dans le cas de fistules intestino-vésicales.

« S'il y a une coudure ancienne avec rétrécissement, je pratique la résection de tout le segment altéré par ma méthode d'écrasement et de ligature en masse suivie d'entéro-anastomose latérale.

« L'entérorrhaphie circulaire est pratiquée dans les cas où elle convient seule, au niveau du rectum par exemple.

« Nous avons guéri de nombreuses fistules consécutives à des opérations faites par des chirurgiens qui avaient fait des opérations incomplètes et laissé tout ou partie des annexes.

« Quand il existe plusieurs fistules cutanées, intestinales et vésicales, il peut être nécessaire de faire plusieurs opérations consécutives. »

CINQUIÈME PARTIE

MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

MALADIES INFLAMMATOIRES ET INFECTIEUSES DE L'UTÉRUS

Généralités. Bactériologie. Classification. — Nous décrirons sous ce nom les phlegmasies qui peuvent atteindre l'utérus et occuper le corps, le col, la muqueuse ou le parenchyme de l'organe. Ces états inflammatoires qui sont le plus souvent d'originité infectieuse sont habituellement désignées sous le nom de *métrites*.

Il est admis aujourd'hui par la majorité des auteurs que les métrites sont des affections *septiques ;* l'inflammation ou plutôt l'infection de la muqueuse utérine reconnait pour cause l'extension et la prolifération de microbes pathogènes.

Ces microbes proviennent-ils du dehors ou peuvent-ils se rencontrer dans l'organisme même ? C'est là une question encore fort controversée, quoique les partisans de l'hétéro-infection seront beaucoup plus nombreux que ceux de l'auto-infection.

S'il n'est pas douteux que, dans l'immense majorité des cas, les microbes pathogènes qui déterminent la métrite soient introduits par la blennorrhagie et le traumatisme opératoire ou puerpuéral, il est également démontré que la plupart des microbes, même ceux dont la prolifération donne lieu aux plus graves accidents, *se trouvent à l'état normal dans le vagin d'une fille vierge.* On voit que les partisans de ces deux théories auront encore longtemps à discuter avant de tomber d'accord.

On peut du reste admettre l'hypothèse que toute femme vit dans un état de *microbisme latent ;* les germes pathogènes sont là qui sommeillent et n'attendent pour proliférer et devenir nocifs qu'une

occasion favorable. Cette occasion est un traumatisme ou la transformation d'un milieu physiologique sain en un milieu pathologique propre à la culture microbienne.

Ce court exposé suffit pour démontrer qu'il est impossible d'établir une classification de métrites d'après leur microbe pathogène.

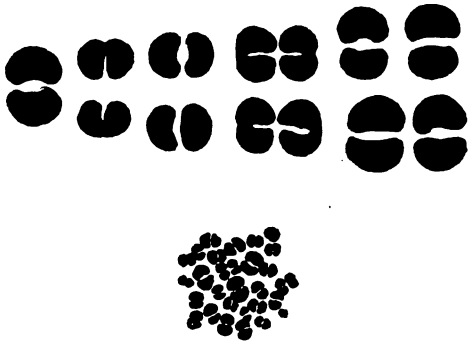


Fig. 239. — Gonocoques.

Non seulement il est impossible d'attribuer à chaque métrite un microbe spécial, mais il est impossible, dans certains cas, d'isoler l'agent pathogène ; on est alors dans l'obligation d'admettre qu'il n'a fait que passer, pour engendrer l'infection, et disparaître ensuite.

Ceci dit, j'arrive à l'énumération des microbes qui jouent un rôle important dans la pathogénie des métrites.

En premier lieu il y a le *streptocoque* qui est considéré comme l'agent pathogène de la *métrite* ou *infection puerpuérale*. Il y a lieu de rappeler cependant qu'on lui trouve parfois comme compagnon le staphylocoque et même le coli-bacille.

Vient ensuite le *gonocoque* qui est, comme on le sait, l'agent d'infection de la blennorrhagie et qui joue un rôle important dans l'étiologie de la métrite et des infections péri-utérines (fig. 239).

On a constaté le *bacille de Koch* dans les sécrétions utérines, mais il me paraît impossible de créer un type de métrite tuberculeuse ayant des caractères cliniques suffisamment tranchés.

Enfin on a accusé le *bacille coli* d'être la cause d'infections génitales. Ce n'est là qu'une hypothèse qui n'est pas invraisemblable, étant données les communications lymphatiques récemment signalées entre l'intestin et les organes génitaux.

Il faut encore parler, à propos de pathogénie, des *germes saprophytes* qui infectent l'organisme en y introduisant dans l'économie

les germes provenant de la putréfaction des débris placentaires. C'est là une hypothèse des plus rationnelles.

Ce court exposé bactériologique suffit pour démontrer que c'est

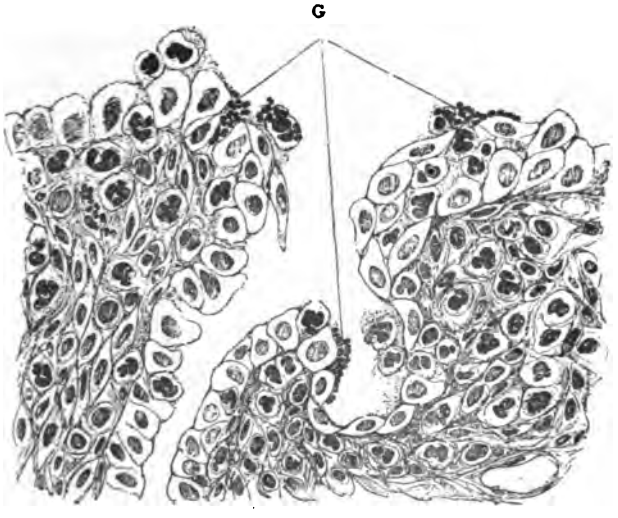


Fig. 240. — Endométrite gonorrhéale. On voit des colonies de gonocoques dans les glandes utriculaires (Bumm).
G, ouvertures des glandes utriculaires.

encore dans la clinique que nous trouverons les données les plus sûres pour classer et étudier les métrites.

On a décrit un grand nombre de variétés de métrites en s'appuyant sur la nature et le siège supposé de la phlegmasie. C'est ainsi qu'on a admis une métrite blennorrhagique, puerpérale, parenchymateuse, purulente, granuleuse, catarrhale, etc. Ces nombreuses classifications, loin de faciliter l'étude d'un chapitre déjà compliqué de la pathologie utérine, n'ont fait que l'obscurcir encore.

Nous pensons donc simplifier considérablement l'étude des inflammations utérines en les ramenant à deux grandes divisions : la *métrite aiguë* et la *métrite chronique*, cette dernière variété comprenant l'*endométrite* ou catarrhe chronique de l'utérus.

I. — Métrite aiguë

Nous ne ferons que mentionner ici la métrite puerpérale qui est une des complications de l'accouchement et se rattache intimement à

l'étude de la fièvre puerpérale dont on trouvera la description dans tous les traités d'obstétrique.

Cependant il importe de rappeler à ce sujet que la plupart des symptômes que nous décrirons plus loin à propos de la métrite chro-

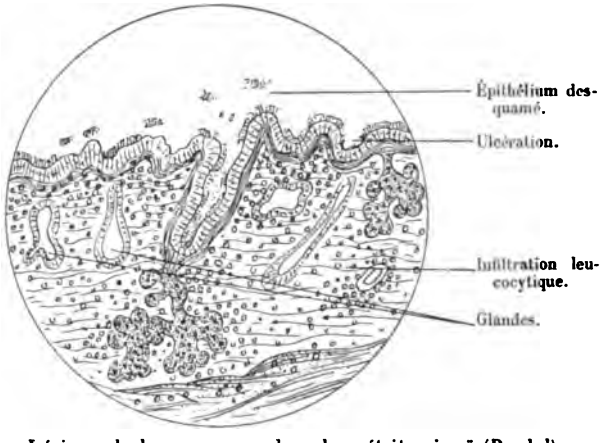


Fig. 241. — Lésions de la muqueuse dans la métrite aiguë (Berdal).

nique, l'endométrite, la lacération du col ont eu pour point de départ une infection ou un état inflammatoire consécutif à l'accouchement. Si l'infection puerpuérale ne peut être décrite dans un traité de gynécologie proprement dite sans empiéter sur l'obstétrique, il faut toujours avoir présent à l'esprit ce fait capital que les affections utérines et péri-utérines reconnaissent dans la puerpéralité leur principal facteur étiologique.

Ceci expliqué nous disons que la métrite aiguë est caractérisée par l'inflammation soit du parenchyme, soit de la muqueuse du col ou du corps de l'utérus. Elle occupe plus souvent le corps ou la totalité de l'organe.

Étiologie.—La métrite aiguë peut être essentielle et apparaître sans causes appréciables : mais elle est presque toujours consécutive à un accouchement, à un avortement, ou à des manœuvres pratiquées sur l'utérus; en un mot elle reconnaît presque toujours pour cause un traumatisme et une infection d'origine externe.

Menstruation. — Une cause assez fréquente de la métrite aiguë sur laquelle les auteurs n'ont pas toujours appelé l'attention, est la dysménorrhée. Pendant toute la durée de l'époque menstruelle, l'utérus est le siège d'un afflux sanguin considérable; si, pour une

cause ou pour une autre, le sang ne trouve pas une issue, il en résulte une distension de l'organe, puis un état inflammatoire assez prononcé.

Cette étiologie de la métrite a été étudiée dans ces dernières années; c'est ce qui a fait décrire une *métrite virginale*. Sous ce nom fort pittoresque de *métrite crépusculaire*, M. Auvard décrit les inflammations utérines qui s'observent souvent au début et à la fin de la menstruation. Le nom de métrite dysménorrhéale conviendrait mieux à ces états morbides assez fréquents; dans tous les cas il serait difficile, au moins chez les vierges, de leur attribuer une origine microbienne.

Copulation. — On a fait jouer au coït un rôle assez important dans l'étiologie de la métrite aiguë. Si les rapports sexuels pratiqués d'une façon abusive pendant la menstruation peuvent occasionner quelques désordres, nous pensons néanmoins qu'on a exagéré, dans cette circonstance, l'influence traumatique du coït sur le développement de cette affection.

Blennorrhagie. — Il n'en est pas de même de la blennorrhagie qui doit être considérée, dans beaucoup de cas, comme la cause de la métrite aiguë, affection qui est du reste beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Pour expliquer l'importance de la blennorrhagie comme agent d'infection et cause des inflammations utérines et péri-utérines, il faut savoir que le bacille peut rester longtemps dans les organes génitaux de la femme sans y causer aucun dommage. Ce n'est que sous une influence active qu'il pénètre plus profondément dans les tissus et détermine la phlegmasie. Ce sera, par exemple, un cathétérisme utérin, une fausse couche, un accouchement, qui agiront comme cause occasionnelle et détermineront la métrite et même plus tard la salpingite.

Causes diverses. — Nous ne reviendrons pas sur la *parturition* dans l'étiologie des métrites; il est certain que l'*engorgement post-puerpéral* des anciens auteurs serait aujourd'hui considéré comme une métrite.

Les *diathèses* ont été invoquées; c'est ainsi que Martineau décrivait une *métrite constitutionnelle*, une *métrite scrofuleuse*, *herpétique*, etc. Tout en accordant à la constitution du sujet une place

importante dans la persistance de certainee affections utérines, nous ne saurions lui attribuer une importance étiologique.

Nous citerons encore parmi les causes l'introduction intempestive dans la cavité utérine de liquides caustiques et d'instruments tels que : pessaires, redresseurs utérins, etc.; comme on le voit, le traumatisme et l'infection jouent un rôle capital dans l'étiologie de la métrite aiguë.

Anatomie pathologique. — Le tissu de l'utérus est rouge, tuméfié, parsemé de points jaunâtres et infiltré d'éléments embryonnaires. Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de globules sanguins. Ces caractères se rattachent plutôt à la métrite puerpérale, la seule dans laquelle on ait souvent l'occasion de faire des autopsies.

Les caractères fournis par la muqueuse sont beaucoup plus tranchés. Celle-ci est rouge, boursouflée, parsemée de petites ecchymoses. Les tissus sont infiltrés d'éléments embryonnaires.

Dans la métrite aiguë la cavité utérine est le plus souvent gorgée d'un liquide purulent, jaunâtre et parfois teinté de sang. La cavité cervicale participe le plus souvent à l'inflammation. Les auteurs ont décrit distinctement la métrite du col et du corps de l'utérus, ces deux affections existent le plus souvent simultanément et présentent plusieurs symptômes communs. Cependant il est bon de remarquer que les phénomènes congestifs présentent plus d'intensité dans le corps que dans le col de l'utérus.

On trouve souvent, concurremment avec la métrite aiguë, les lésions de la vaginite, de la cystite et de la péritonite, affections qui en sont fréquemment la complication et annoncent l'extension de l'infection.

Fig. 242. — Aspect framboisé du col et érosions (Balls).

Symptomatologie. — L'affection débute souvent par un frisson initial, par une élévation de température et par des vomissements; ces

symptômes, joints à une excessive douleur dans la région abdominale, contribuent puissamment à la faire confondre avec la péritonite. Courty considère comme symptôme coractéristique une sensation de chaleur ardente à l'hypogastre, sensation qui se propage jusqu'au vagin et à la vulve ; ce signe est incertain.

Le ventre est douloureux à la pression et le palper qui est cependant praticable, permet parfois de constater une augmentation du volume de l'utérus qui s'élève dans certains cas au-dessus du pubis.

Le ventre qui est le plus souvent ballonné par la tympanite intestinale, présente une augmentation de volume plus ou moins considérable.

Le toucher fournit des signes importants ; on constate d'abord une élévation de la température locale qui dépasse parfois d'un degré la température axillaire. Le col est gros, saillant, mou et œdémateux ; l'orifice est béant et laisse échapper en abondance un liquide purulent et fétide.

L'examen au spéculum n'est pas toujours nécessaire pour établir le diagnostic de la métrite aiguë. Son introduction est du reste douloureuse et ne devra être faite que lorsqu'elle est jugée nécessaire pour le traitement. Il en est de même de l'hystéromètre qui doit être proscrit et dont l'emploi risquerait d'étendre l'infection aux annexes.

Dans la métrite aiguë le col est rouge, tuméfié ; la muqueuse est souvent dénudée et présente l'aspect framboisé représenté par la figure 242.

Diagnostic différentiel. — C'est surtout avec la pelvi-péritonite, qu'il importe de diagnostiquer la métrite aiguë. Nous avons déjà vu que ces deux affections présentent un grand nombre de symptômes communs, mais ceux-ci sont moins accentués lorsque l'inflammation reste limitée aux tissus utérins.

Dans la métrite aiguë la douleur est moins intense, la température moins élevée et l'exploration abdominale est le plus souvent possible. On n'observe pas cette altération caractéristique du facies et cette dépression excessive et rapide qui appartient à la péritonite aiguë et aux suppurations abdominales.

Il faut ajouter que ces deux affections peuvent se trouver réunies et que la péritonite est une complication fréquente de la métrite aiguë.

Le *pronostic* de la métrite aiguë n'est pas grave lorsque l'inflammation reste limitée au parenchyme utérin. Mais il est bon de savoir

que cette affection récidive fréquemment et a une tendance à passer à l'état chronique; sa durée est alors presque illimitée.

Traitement. — C'est d'abord le repos absolu et complet. Au début, si les phénomènes douloureux sont intenses et accompagnés de symp-

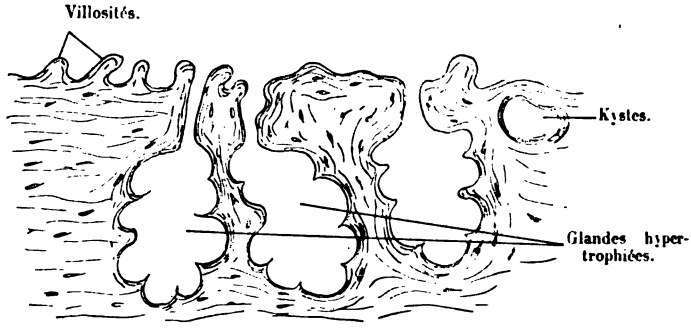


Fig. 243. — Hypertrophie des glandes dans la métrite.
(Figure demi-schématique.) (Berdal.)

tômes fébriles, on emploiera avec avantage les émissions sanguines et les révulsifs sur la paroi abdominale : sangsues, ventouses scarifiées. Les applications de glace sont recommandées, quoique les malades n'acceptent pas toujours facilement ce traitement. Il faut avoir soin de séparer de l'abdomen la vessie contenant la glace par une compresse de flanelle, afin d'éviter les accidents de congélation qui ont été parfois observés.

En même temps on combattra l'hyperthermie et les phénomènes

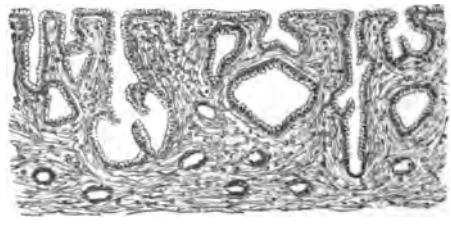


Fig. 244. — Muqueuse utérine normale.

d'intoxication générale par les analgésiques : sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1gr,50; antipyrine à la dose de 1 à 3 grammes.

On favorisera la diurèse et l'élimination des toxines par l'emploi des boissons chaudes et abondantes : thé, grogs, lait.

Il ne faut pas oublier que les femmes sont toujours constipées; j'em-

ploie avec avantage dans la métrite le calomel à doses fractionnées : un gramme en 10 paquets.

Mais le véritable traitement de la métrite consiste dans l'emploi des opiacés. A cet effet, on administrera des petits lavements additionnés de dix gouttes de laudanum et répétés deux ou trois fois par vingt-quatre heures. En cas de répugnance de la part des malades pour cette médication, on peut la remplacer par l'introduction de suppositoires au beurre de cacao, contenant chacun 1 centigramme d'extrait thébaïque, et renouvelés toutes les deux heures jusqu'à cessation des symptômes douloureux. L'opium peut être administré par l'estomac, mais nous préférons de beaucoup la voie rectale, lorsqu'il s'agit de combattre une phlegmasie pelvienne.

Les cataplasmes laudanisés, très appréciés des malades, constituent un bon moyen de sédation. On pourra également employer des onctions avec des pommades à la belladone. On associe ce médicament avec l'onguent napolitain et l'opium dans la pommade suivante :

Extrait d'opium.	5	grammes.
Extrait de belladone.	2	—
Onguent napolitain	30	—

Les injections hypodermiques de morphine doivent être réservées pour les cas où la douleur est très vive. Elles ont l'inconvénient d'augmenter souvent les nausées déjà si pénibles dans les phlegmasies pelviennes.

Il faut avoir soin, tout en donnant les opiacés, de veiller au fonctionnement de l'intestin et d'éviter le tympanisme. A cet effet, on emploiera avec avantage des lavements additionnés de 60 grammes de miel de mercuriale ou de 15 grammes de sulfate de soude. Il ne faut pas employer les purgatifs dans la période aiguë si ce n'est le calomel à doses fractionnées comme je l'ai indiqué plus haut.

Traitement local. — Il doit être très restreint dans la métrite aiguë. Cependant lorsque l'écoulement vaginal est très abondant et surtout lorsqu'on soupçonne une origine blennorrhagique, il est tout à fait nécessaire de combattre l'infection locale et d'éliminer les sécrétions dont le séjour dans les organes génitaux ne pourrait que favoriser l'extension de la maladie.

A cet effet on fera de copieuses irrigations vaginales avec des solutions de sublimé ou de permanganate de potasse au 10.000^{e}; ces

injections peuvent être faites facilement dans le lit et sans provoquer aucune douleur.

On peut également introduire dans le vagin les ovules médicamen-

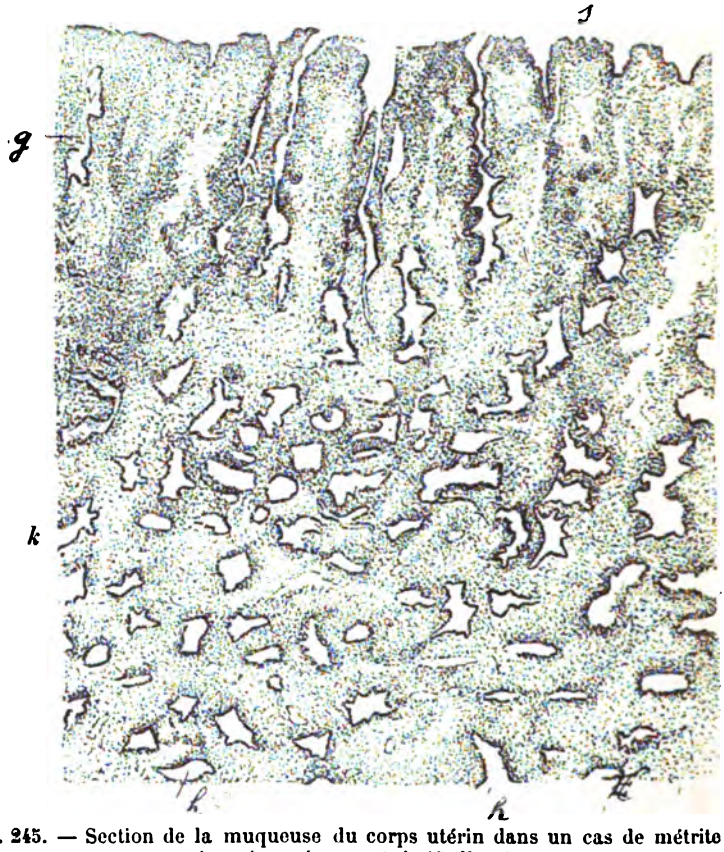


Fig. 245. — Section de la muqueuse du corps utérin dans un cas de métrite chronique (grossissement de 15 diamètres).

o, surface interne de la muqueuse ; *s*, saillies de la muqueuse formées par le tissu conjonctif enflammé, intermédiaire aux dépressions qui conduisent dans les glandes ; *g*, glandes dont le trajet est sinueux, dentelé dans le tiers interne de la muqueuse ; *k*, ces mêmes glandes apparaissent sous forme de sections dans les couches moyennes de la muqueuse ; *h*, *h*, les mêmes couches dans la couche profonde de la muqueuse.

teux à la glycérine à base d'iodoforme ou d'ichtyol. Lorsque la douleur est moins intense on peut faire avec le speculum des tamponnements à la gaze iodoformée.

II. — Métrite chronique. — Endométrite

Les auteurs admettent généralement deux variétés de métrite chronique : l'*endométrite* qui se divise elle-même en *endométrite du*

col et en *endométrite du corps*, et la *métrite parenchymateuse* autrefois désignée sous le nom d'engorgement utérin. Nous ramènerons à un seul type toutes ces variétés qui présentent, au point de vue de l'étiologie et du traitement, la plus grande analogie.

Étiologie. — La métrite chronique se développe souvent à la suite de la métrite aiguë, et reconnaît alors les mêmes causes que nous avons énumérées plus haut. Notons cependant que le lymphatisme, la tuberculose, les diathèses, la misère constitutionnelle, le manque des soins hygiéniques, prédisposent à ce passage à l'état chronique. Ces divers états placent la femme dans des conditions éminemment favorables à la prolifération des agents pathogènes que nous avons signalés plus haut.

Mais la véritable cause de la métrite chronique est la puerpéralité. Les accouchements et les fausses couches entrent pour plus des trois quarts dans l'étiologie de cette affection. L'arrêt d'involution utérine, la *lacération du col utérin*, le manque de repos après l'accouchement, le travail prolongé et laborieux en constituent les facteurs les plus importants.

En dehors de la puerpéralité, il faut signaler les diverses affections de l'utérus et de l'appareil génital. Les phlegmasies péri-utérines, les affections chroniques des ovaires et des trompes, les déplacements de l'utérus, les tumeurs fibreuses, et, en général, toutes les affections apportant une perturbation fonctionnelle de l'appareil utéro-ovarique et prédisposant à l'infection.

Anatomie pathologique. — Les lésions portent surtout sur la muqueuse du col. L'épithélium cylindrique disparaît et il existe une notable dilatation des glandes ; celles-ci forment souvent de véritables kystes qui oblitèrent la cavité du col et font saillie à l'orifice externe.

Dans quelques cas, les villosités prennent un développement considérable, et forment des *fongosités* qui siègent de préférence sur le corps de l'organe.

La cavité de l'utérus est généralement agrandie dans tous les sens. Lorsque l'affection reconnaît pour cause la puerpéralité, on observe souvent sur le col des lacérations et des ulcérations et des érosions sur lesquelles nous devons insister.

Jusque dans ces dernières années les auteurs décrivaient comme une entité morbide spéciale les ulcérations du col. Les récents travaux des histologistes et plus particulièrement ceux de Schrœder, de

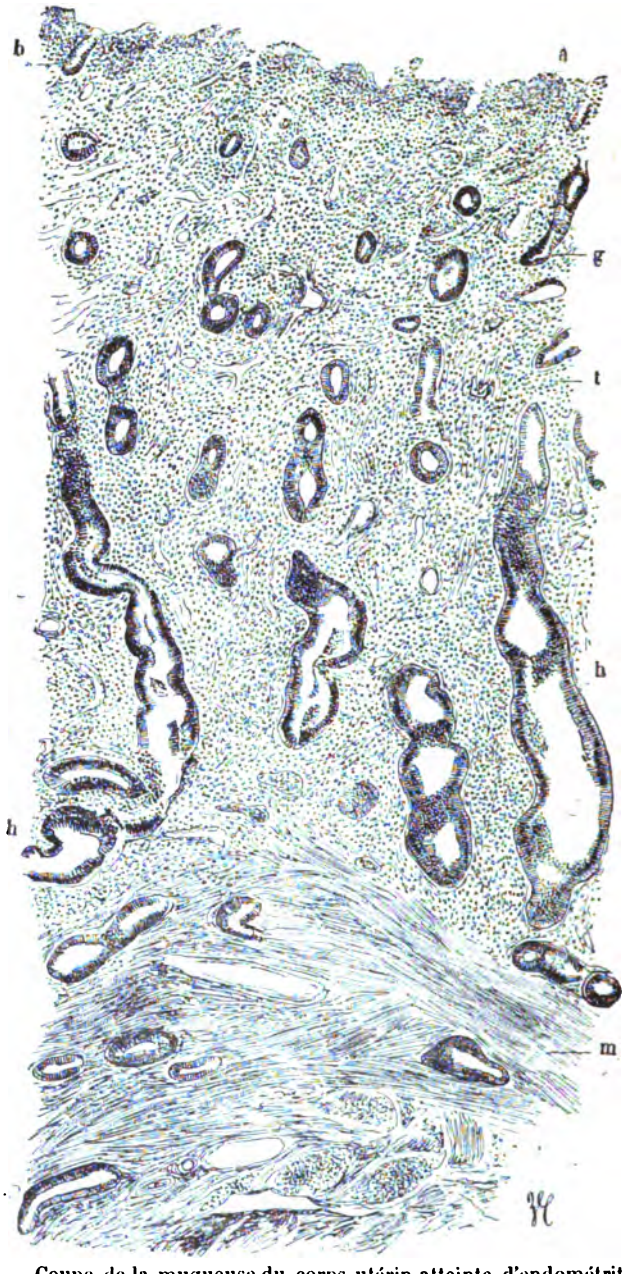


Fig. 246. — Coupe de la muqueuse du corps utérin atteinte d'endométrite (grossissement de 40 diamètres).

a, surface de la muqueuse dont le revêtement épithélial est en partie tombé; *b*, glande s'ouvrant à la surface de la muqueuse; *g*, cul-de-sac glandulaire situé plus profondément; *t*, tissu conjonctif de nouvelle formation contenant beaucoup de cellules lymphatiques; *h*, *h*, glandes coupées suivant leur longueur, flexueuses et dilatées par places; *m*, faisceaux de tissu musculaire lisse : au sein de ce tissu musculaire on aperçoit les terminaisons des culs-de-sac glandulaires.

Ruge et de Veit ont démontré que ces lésions sont toujours symptomatiques d'une affection utérine et plus particulièrement de l'endométrite.

Il y a du reste à établir une distinction très marquée entre l'érosion

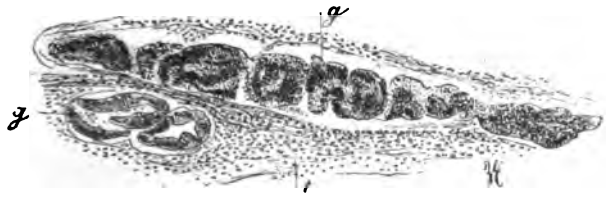


Fig. 217. — Section de la muqueuse utérine (grossissement de 40 diamètres).
g, *g*, glandes en tube dont le revêtement et le contenu épithélial affectent la forme de tire-bouchon; *t*, tissu conjonctif.

et la véritable ulcération. Dans l'érosion simple la surface est recouverte d'une simple couche d'épithélium qui laisse voir le tissu vasculaire sous-jacent de la couleur rouge observée. Schrœder distingue une forme papillaire de l'érosion et une forme folliculaire. Dans cette dernière les conduits glandulaires sont oblitérés et il se produit des petits kystes qui donnent l'apparence folliculaire.

Dans la métrite chronique parenchymateuse l'organe est considérablement augmenté de volume. Il existe une véritable hyperplasie du tissu conjonctif, qui porte principalement sur le col. L'hyperplasie peut cependant être limitée à une partie de l'organe, et ne porter que sur le corps ou sur une seule lèvre du col.

Les belles recherches de Cornil, rapprochées de celles de Robin, de Rudge, de Schrœder, ont démontré que les modifications subies par la muqueuse hypertrophiée portent spécialement sur le tissu conjonctif, les vaisseaux et les glandes, comme le prouvent les figures 245 à 248 dessinées par le professeur Cornil lui-même et que nous devons à l'obligeance de Péan.

Au début du processus inflammatoire, les éléments conjonctifs prolifèrent. Plus tard, leurs noyaux perdent leur forme ovoïde, deviennent sphériques et s'entourent de nombreuses cellules lymphatiques.

Les glandes subissent des altérations profondes ; elles augmentent de volume et leur orifice peut s'élargir au point de devenir visible à l'œil nu (fig. 243 et 245).

Si l'inflammation est très intense on trouve dans les cavités glandulaires des cellules qui s'y introduisent en traversant les capillaires et l'épithélium de revêtement de la glande.

Les canaux et les culs-de-sac glandulaires qui pénètrent dans le tissu musculaire sont entourés de tissu conjonctif.

C'est à l'hypertrophie de la portion superficielle des glandes que sont dus les bourgeons pédiculés que l'on rencontre à la partie infé-

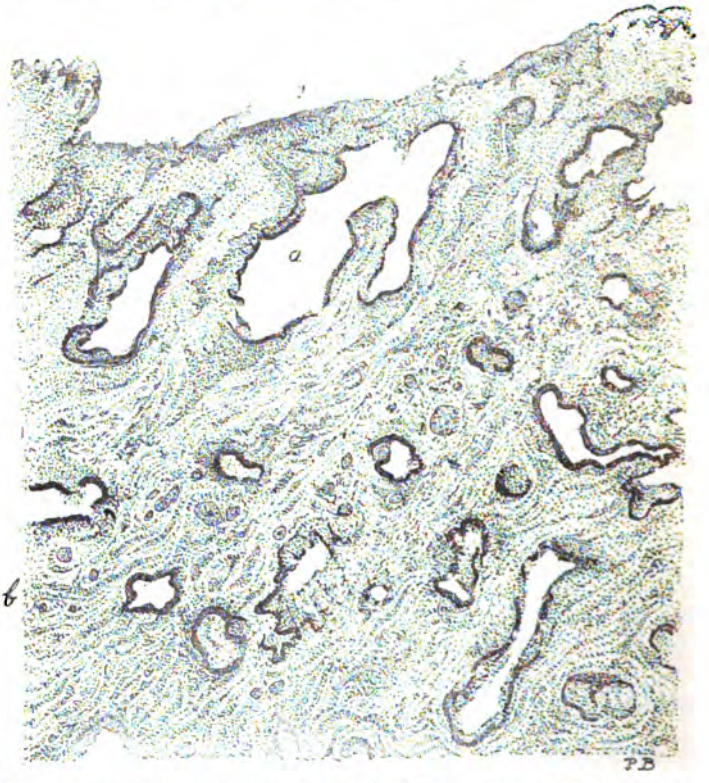


Fig. 248. — Coupe de la muqueuse du col de l'utérus atteinte d'inflammation chronique (grossissement de 40 diamètres).

s, surface de la muqueuse; *a*, espace vide qui correspond à une anfractuosité des plis de l'arbre de vie et au milieu de laquelle on voit une villosité saillante et libre; *d*, glande située profondément; *b*, tissu conjonctif enflammé de la muqueuse au milieu duquel on voit de nombreuses glandes.

rieure du corps et qui, chez une de nos malades, faisait une saillie de 2 centimètres. La portion de ces glandes qui bourgeonne dans l'épaisseur même de la muqueuse peut donner naissance, en s'agglomérant, à de véritables polypes.

État du col dans la métrite. Ulcérations du col. — Le col utérin est le plus souvent dans la métrite chronique le siège des altérations variables que les anciens auteurs classaient sous la rubique spéciale : ulcération du col.

Tantôt l'ulcération est superficielle et se porte à une simple des-

Fig. 249. — Aspect du col dans la métrite chronique (Balls).

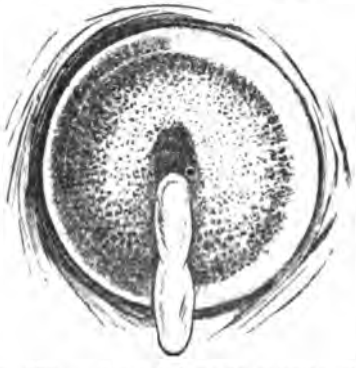


Fig. 250. — Le col dans la métrite. On voit sourdre le pus pendant l'examen au spéculum (id.).

quamation qui donne à la muqueuse dénudée un aspect framboisé caractéristique (fig. 249 à 252).

Le plus souvent l'examen au speculum fait sourdre un pus épais,

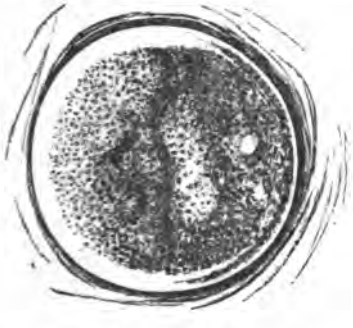


Fig. 251. — Le col dans la métrite. Ulcérations et ectropion partiel (Balls).

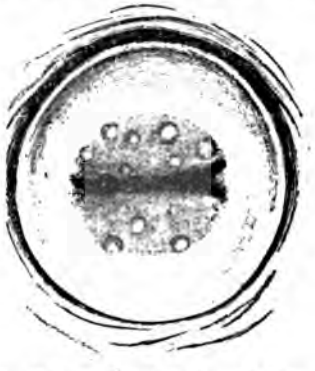


Fig. 252. — Érosion du col dans la métrite. Il existe des granulations (id.).

filant et glaireux qui a fait donner à l'affection le nom populaire de *leucorrhée graisseuse* (fig. 250).

Dans d'autres cas, surtout dans les métrites consécutives aux accouchements, le col est érodé, couvert de granulations et donne lieu à un véritable ectropion dont nous aurons à nous occuper en traitant de l'opération d'Emmet (trachélorrhaphie).

L'étude du col dans la métrite nous amène à parler des *ulcérations*

qui étaient autrefois décrites par les auteurs sous une rubrique spéciale et constituaient dans l'ancienne pathologie utérine un des chapitres les plus importants de la gynécologie.

Ulcérations spécifiques. — A côté des ulcérations dues au processus inflammatoire de la métrite il importe de signaler les cas spéci-

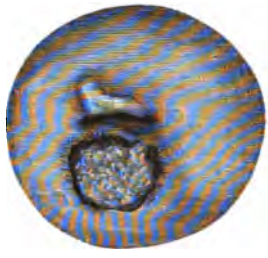


Fig. 253. — Chancre induré du col.

Fig. 254. — Chancre mou du col.

fiques qui sont loin d'être rares. A côté de la métrite blennorrhagique du col (fig. 250) il faut mentionner le chancre induré (fig. 253), le chancre mou (fig. 254) et enfin les diverses érosions dues à la syphilis (fig. 255 et 256).

On trouvera dans les traités spéciaux la description de ces affections; le praticien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité

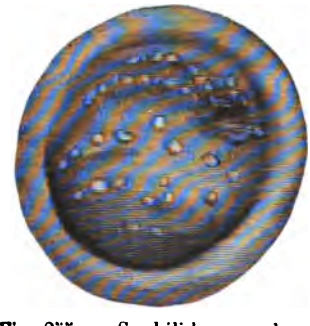


Fig. 255. — Syphilides papuleuses du col.

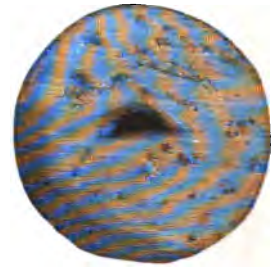


Fig. 256. — Plaques muqueuses du col.

d'une infection spécifique et il importait de signaler ces lésions au point de vue du diagnostic différentiel.

Symptomatologie. — Les symptômes sont généraux et locaux.

Les symptômes locaux ne sont pas toujours très accentués.

Les malades éprouvent une pesanteur dans le bassin, s'exaspérant pendant la marche et le coït. Cette pesanteur devient une véritable douleur dans certains cas, surtout lorsque la métrite a envahi le corps de l'organe. Les malades supportent alors difficilement la marche et éprouvent une série de symptômes généraux plus ou moins graves.

C'est ainsi que les femmes atteintes de métrite chronique présentent le plus souvent des troubles digestifs : dyspepsie, anorexie, nausées; beaucoup d'entre elles souffrent de la constipation et éprouvent périodiquement des *coliques muco-membraneuses* (entéro-colite).

Les troubles nerveux sont encore plus accentués et varient à l'infini : névralgies, anesthésie cutanée, contractures, quelquefois même de la paralysie des membres inférieurs et toutes les complications de l'hystérie.

La nutrition ne tarde pas à être profondément altérée. Les malades maigrissent et deviennent anémiques.

La physionomie pâle, inquiète et triste, les yeux cernés, les traits tirés, tous ces signes, quoique n'appartenant pas uniquement à la métrite chronique, ont été donnés par quelques auteurs comme caractéristiques du *facies utérin*.

Mais les *symptômes objectifs* sont beaucoup plus caractéristiques. Le plus important, l'*écoulement* (leucorrhée, pertes blanches), ne fait jamais défaut. Si l'inflammation est limitée à l'utérus, le liquide est visqueux, filant, semblable au blanc d'œuf cru ; si l'inflammation occupe l'utérus et le vagin, le liquide est crémeux et purulent.

L'examen bactériologique révélera le plus souvent dans ces sécrétions un des microbes pathogènes que nous avons décrits plus haut. Il existe en effet une *métrite blennorrhagique du col;* on trouve dans ce cas des ulcératiens et des érosions présentant un caractère particulier (fig. 257).

Le toucher ne fournit pas des renseignements très importants. Dans la métrite cervicale, on constate que le col est un peu douloureux et tuméfié, on perçoit également des ulcérations et des érosions.

Au spéculum, on trouve le col tuméfié entr'ouvert ; les lèvres sont rouges, dénudées, parfois ulcérées. On observe assez souvent une véritable lacération des lèvres résultant d'un accouchement antérieur.

Le *cathétérisme utérin*, qu'il ne faut pratiquer qu'avec précaution, provoque souvent une légère hémorragie. C'est là un symptôme important. Il permet, en outre, de constater une augmentation de volume de la cavité utérine. Celle-ci peut présenter, au lieu de

5 centimètres (état normal), une profondeur de 7 et de 8 centimètres. Il ne faut pas oublier que la métrite est souvent compliquée d'anté ou de rétroflexion. Il faut en tenir compte dans le cathétérisme et ne jamais employer la force pour faire pénétrer l'instrument. On s'exposerait à une perforation des tissus qui sont le plus souvent ramollis.

Signalons encore comme symptôme objectif fréquent l'*hémorragie* (*métrite hémorragique*). Tantôt l'écoulement menstruel est simplement prolongé, exagéré et accompagné de douleurs dysménorrhéiques ; tantôt il est retardé ou avancé, mais toujours très abondant. D'autres fois, l'écoulement se produit fréquemment et sans aucune règle. Ce symptôme, qui est fréquent dans l'endométrite, ne tarde pas à épuiser les malades.

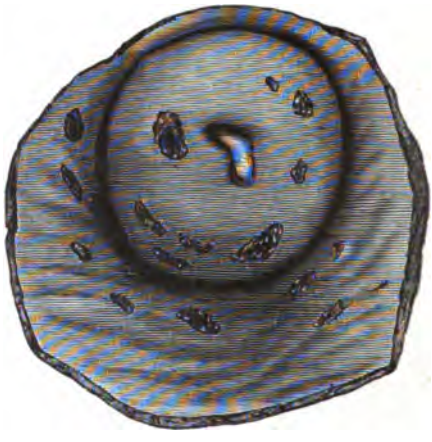


Fig. 257. — Ulcérations du col utérin et des culs-de-sac vaginaux de cause blennorrhagique.

Diagnostic différentiel. — Il n'est pas toujours facile. La métrite chronique peut être confondue avec le cancer utérin, les polypes et les tumeurs fibreuses. Nous reviendrons sur le diagnostic en étudiant chacune de ces affections. Disons seulement que le cathétérisme utérin, pratiqué par des mains exercées, permet presque toujours de distinguer la métrite des tumeurs fibreuses. En ce qui concerne le cancer du corps, le temps devient un adjuvant précieux pour le diagnostic. Pour les polypes peu volumineux donnant lieu à de petites hémorragies, il est souvent plus difficile de se prononcer.

Marche, durée. — La métrite chronique et l'endométrite ont toujours une marche lente, et n'ont pas de tendances à guérir spontanément. Leur durée dépend donc le plus souvent du traitement et des

conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve la malade. Disons cependant que ces affections sont des plus rebelles, et qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où le traitement est impuissant.

Le *pronostic* n'est pas grave, et nous ne connaissons pas d'exemple où la métrite chronique ait donné une issue funeste. Cette affection cependant, par sa fréquence et sa ténacité, affecte très péniblement les malades ; les femmes qui en sont atteintes présentent souvent des symptômes graves d'hystérie et d'hypocondrie.

Si l'on considère qu'on a été jusqu'à appliquer l'hystérectomie au traitement de la métrite on peut juger de l'état dans lequel étaient tombées les femmes qui acceptaient une telle intervention.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE

Le traitement de la métrite chronique est local et général. Ce n'est point ici le lieu d'aborder les théories qui ont été émises sur la valeur réciproque de ces deux traitements. Quelques auteurs prétendent que la métrite est une affection générale, et que le traitement local n'a qu'une influence secondaire. D'autres considèrent, au contraire, l'état général comme la conséquence de l'état local, et accordent une importance considérable au traitement local. Nous partageons cette manière de voir et nous pensons que le traitement doit porter, avant tout, sur le siège de la lésion, c'est-à-dire sur l'utérus.

Traitement local. — Le *traitement local* consiste en injections, cautérisations et autres applications topiques, faites sur le col ou dans la cavité utérine. Dans les cas rebelles le curetage constitue le traitement le plus efficace.

Injections. — Elles n'ont aucune action curative sur l'endométrite, mais elles ont le grand avantage de chasser les produits de l'écoulement utérin et d'empêcher leur stagnation dans le canal vaginal. Elles doivent donc toujours faire partie du traitement.

On emploiera l'alun, le sulfate de zinc, le permanganate de potasse. Ce dernier médicament, qu'on emploie à la dose de $0^{gr},50$ par litre, a le grand avantage de désinfecter les produits de sécrétion. Nous préférons, pour les injections vaginales, la douche d'Esmarch à l'irrigateur Eguisier et aux appareils en caoutchouc et à poire.

Les douches vaginales sont également utiles ; mais leur emploi est contre-indiqué lorsqu'il existe une trop grande sensibilité des organes

et chez les femmes ayant eu des pelvi-péritonites antérieures. Dans les cas où il existe une inflammation locale très prononcée on peut appliquer des ventouses sur le col.

L'application des topiques pulvérulents peut rendre service dans certains cas de métrite chronique, surtout lorsqu'elle est compliquée de vaginite. On emploiera l'iodoforme associé au lycopode, au tanin, etc.

Les *injections intra-utérines*, rejetées par quelques auteurs de la pratique gynécologique, nous paraissent devoir être employées, mais avec la réserve et la prudence que commande toute intervention

Fig. 258. — Sonde utérine à double courant aseptique et démontable.

dans la cavité utérine et après la dilatation préalable de l'orifice externe que je décris plus loin.

Ces injections se pratiquent avec une seringue ordinaire à laquelle s'adapte un tube en caoutchouc pouvant pénétrer dans la cavité utérine. Divers instruments ont été imaginés par Braun, Pajot, Olivier. Ce dernier auteur a imaginé une seringue dont la canule terminale est à jets récurrents, afin d'éviter une trop vive projection du liquide contre les parois utérines.

Une règle importante consiste à s'assurer de la perméabilité du canal cervical avant de pratiquer les injections intra-utérines. Il faut que le liquide trouve facilement une issue. Ce résultat ne peut être obtenu que lorsque la cavité utérine est suffisamment dilatée ou par l'emploi de sondes utérines à double courant. La sonde de Reverdin, qui tout en dilatant l'utérus assure l'écoulement des liquides injectés, doit être préférée ; il faut toujours employer un appareil aseptique et démontable (fig. 258).

Les liquides le plus utilement employés pour les injections intra-utérines sont le nitrate d'argent en solution faible (au 100e au moins), le perchlorure de fer dissous dans la glycérine, l'iodoforme dissous

dans un mélange de glycérine et d'huile d'amandes douces, la teinture d'iode, la créosote de hêtre dans la glycérine à 1/10e.

Les *injections caustiques* ont donné lieu à de nombreuses polémiques. On les a accusées (parfois avec raison) de produire des accidents aigus et de déterminer des rétractions cicatricielles pouvant produire l'atrésie.

Si de tels faits ont été observés à la suite de l'emploi du chlorure de zinc qui a été fort à la mode il y a quelques années, ils ne sont pas à redouter lorsqu'on emploie des caustiques dilués et qu'on les injecte avec la seringue de Braun qui ne contient que quelques gouttes de liquide.

Je n'emploie cependant des caustiques que sous une forme diluée et après avoir dilaté la cavité utérine. L'ensemble de cette médication constitue un traitement complet et efficace de la métrite chronique que j'ai publié il y a quelques années et qui m'a donné d'excellents résultats. J'en donne ici la technique complète, persuadé que les praticiens qui ne sont pas adonnés à la grande chirurgie gynécologique, pourront utilement l'appliquer dans un grand nombre de cas.

Traitement de la métrite chronique par la dilatation et l'application d'agents substitutifs.

Ce traitement comprend trois temps :

1° Dilatation lente et graduelle ;

2° Nettoyage de la cavité utérine ;

3° Introduction dans l'utérus d'éponges aseptiques et médicamentées et applications d'agents substitutifs sur la muqueuse malade.

Ce traitement, qui semble compliqué, n'est en réalité que l'application rationnelle des divers procédés destinés à ouvrir l'utérus, à en modifier la muqueuse et à le débarrasser des produits morbides qu'il peut contenir.

Dilatation. — J'ai simplifié la méthode de Vullieten introduisant simplement les tiges de laminaire que je laisse séjourner douze heures dans l'utérus et dont j'augmente le volume. Entre chaque introduction de laminaire je fais une sorte d'écouvillonnage de l'utérus avec un petit tampon d'ouate imbibé d'éther iodoformé en solution concentrée de 1 gramme pour 10, qui présente, outre ses propriétés antiseptiques, l'immense avantage de provoquer la coagulation des mucosités qui siègent dans l'utérus.

En général, l'application de deux ou trois tiges de laminaire me

donne une dilatation suffisante pour pénétrer dans l'utérus et en explorer la muqueuse. Ce premier temps du traitement demande trois jours si j'introduis les tiges de laminaire sans intervalle de repos ; six jours si je laisse vingt-quatre heures d'intervalle entre chaque introduction.

Je n'ai pas besoin de décrire ici le *modus operandi* qui est trop connu. Je rappelle seulement qu'il est important, pour introduire la tige, d'employer le speculum et de saisir la lèvre antérieure du col avec une pince à griffe. Cette préhension du col n'est jamais douloureuse. Une fois le col saisi de la main gauche, on exerce une traction plus ou moins forte qui a pour but non seulement d'empêcher le refoulement de l'organe dans la cavité utérine, mais encore de faciliter l'introduction en redressant l'utérus et en transformant en un canal rectiligne le canal utérin qui est toujours plus ou moins coudé au point de jonction du col et du corps.

En procédant ainsi, *l'introduction de la laminaire est facile et non douloureuse ;* en omettant cette précaution, elle est *toujours difficile et douloureuse.*

Il faut donc introduire deux ou trois laminaires dont on augmente progressivement le volume avant d'obtenir le degré de dilatation et l'accoutumance nécessaires pour le traitement.

Pour bien comprendre l'action de ces irrigations vaginales et utérines chaudes, il suffit de bien découvrir le col avec un speculum et de diriger sur l'utérus un jet vigoureux et prolongé avec la solution chaude au carbonate de soude (3 p. 100). On verra aussitôt les tissus pâlir, ce qui est dû à une sorte d'ischémie produite par la chaleur et par la contraction du muscle utérin ; puis, en introduisant le jet dans la cavité du col, il se produira, sous l'influence de ces mêmes contractions, une élimination considérable des sécrétions muco-purulentes qui constituent le symptôme caractéristique de la maladie qui nous occupe.

Après chaque irrigation, je pratique de nouveau un écouvillonnage avec des bourdonnets d'ouate imbibés d'éther iodoformé ; la muqueuse utérine étant souple et pénétrable après les lavages, l'éther introduit, par sa rapide diffusion, une couche iodoformée sur toute la muqueuse utérine.

Ainsi, par la dilatation et l'irrigation utérine, j'obtiens l'élimination des sécrétions morbides contenues dans l'utérus. C'est déjà une amélioration considérable, qui suffirait à contenter bien des malades. Mais, si l'on veut des résultats durables, il faut faire davantage et

modifier la muqueuse utérine elle-même. J'emploie pour cela l'éponge comprimée. Je sais qu'elle a été condamnée au nom de l'antisepsie, mais je voudrais la réhabiliter.

3e *temps. Modification de la muqueuse utérine.* — Tous les gynécologues ont remarqué que l'éponge préparée contenait dans ses interstices, lorsqu'elle avait séjourné dans la cavité utérine, des fragments de sang, de mucosité et parfois de muqueuse. L'éponge ne se comporte pas comme la laminaire ; sa dilatation est plus rapide, moins douloureuse, et elle pénètre jusque dans les plus petits interstices de la muqueuse utérine malade. C'est un inconvénient lorsqu'elle n'est pas aseptique, mais c'est un avantage au point de vue thérapeutique. J'ai donc voulu utiliser cette propriété dans un but thérapeutique.

Pour cela j'emploie des éponges ordinaires que j'ai soin de faire baigner dans une solution de naphtol ou de sublimé au 1/1000e jusqu'à dilatation complète. Ces éponges sont ensuite comprimées et taillées en cône par les procédés ordinaires et conservées aseptiques.

L'introduction seule de cette éponge, introduction rendue facile par la dilatation faite au préalable à la laminaire et par l'irrigation utérine, constitue à elle seule une médication très utile et très active. Après avoir été maintenue en place six ou huit heures, elle sera retirée, puis une nouvelle irrigation intra-utérine sera faite.

Je crois que ce traitement suffira le plus souvent à guérir la métrite chronique *de moyenne intensité.*

Mais il est certains cas où la muqueuse utérine a subi de telles altérations que le traitement par la dilatation et l'irrigation devient insuffisant. Telles sont les métrites fongueuses hémorragiques.

Dans ce cas j'utilise encore les propriétés de l'éponge non seulement comme agent dilatateur et modificateur, mais encore pour porter dans les replis de la muqueuse malade les médicaments caustiques et substitutifs.

Le traitement est exactement comme je l'ai décrit : dilatation à la laminaire, irrigation, puis introduction de l'éponge que l'on imbibe pendant deux minutes de la solution suivante :

Acide salicylique	1	gramme
Alcool	20	—
Eau	230	—

Une fois introduite, l'éponge est laissée en place pendant six à huit heures environ. Elle sera toujours bien supportée. Lorsqu'elle est

retirée, on pratique l'irrigation telle que je l'ai décrite dans le 2e temps du traitement.

Playfair et plusieurs gynécologues avaient proposé d'appliquer les médicaments substitutifs sur la ouate enroulée autour d'un porte-topique. Je préfère l'éponge *aseptique* pour les raisons suivantes :

1° Elle peut être laissée en place sans déterminer aucune douleur ;

2° Elle emplit totalement la cavité utérine en se dilatant et porte le topique jusque dans les plus petits replis de la muqueuse.

En général une seule application suffit pour obtenir la guérison ; mais, dans les cas rebelles où le tissu utérin est dégénéré, je conseille d'appliquer deux et trois éponges à deux ou trois jours d'intervalle, toujours suivies de l'irrigation utérine.

Je n'ai pas la prétention de donner l'acide salicylique associé au naphtol comme l'unique modificateur qu'on puisse appliquer à la muqueuse utérine. On a employé la teinture d'iode, le perchlorure de fer, l'acide phénique dilué, le sublimé au 1000e, la glycérine créosotée. Je crois que toutes ces substances peuvent être appliquées utilement, à la condition de ne pas être trop concentrées et de ne pas produire d'eschares pouvant déterminer une *rétraction cicatricielle consécutive*.

C'est pour cette raison que j'ai banni de ma pratique les caustiques solides, tels que le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, ainsi que la galvanocaustique. Ces caustiques peuvent guérir la métrite, mais leur action destructive dépasse souvent la muqueuse ; elle peut amener l'oblitération des orifices des trompes, le rétrécissement et même l'obstruction du canal cervical.

Elles présentent encore un grave inconvénient : c'est de tapisser l'intérieur de la cavité utérine d'un tissu cicatriciel absolument

Fig. 259. — Sonde utérine à écartement.

impropre à la fixation et à l'habitation de l'œuf. Les femmes dont l'utérus a été rempli de pâte de Canquoin deviennent impropres à la fécondation ou, tout au moins, ne peuvent pas toujours conduire leur grossesse à terme.

Je crois que le traitement que je viens d'indiquer viendra à bout des métrites les plus rebelles. Il ne demande aux malades qu'une douzaine de jours de traitement et n'expose à aucun risque.

Curetage. — Cette opération, conseillée par Récamier, a été de nouveau mise en usage et elle constitue aujourd'hui le traitement chirurgical de l'endométrite, le plus employé. Nous pensons qu'on a peut-être un peu abusé de ce moyen thérapeutique, pendant ces derniers temps ; notre expérience personnelle nous permet cependant d'affirmer que le curetage est vraiment efficace dans les endométrites, rebelles et que, convenablement appliqué, il est sans danger.

Nous avons décrit le manuel opératoire du curetage (p. 35).

On emploie de préférence les curettes de Sims et de Simon, formées par des cupules à bords légèrement tranchants, et montées sur un

Fig. 260. — Curette permettant l'irrigation continue (modèle Auvard).

manche. Nous préférons la curette perforée, qui permet l'irrigation continue. Auvard en a donné un excellent modèle (fig. 260). Il est nécessaire d'opérer au préalable la dilatation du col à l'aide de la laminaire ou de l'éponge préparée. On introduit alors l'instrument, qu'on promène sur la muqueuse en imprimant de légers mouvements de circumduction ; on le retire en exerçant une légère pression contre la paroi, de façon à détacher et ramener les fongosités. Il est parfois bon de compléter le curetage en nettoyant la cavité utérine avec l'écouvillon.

L'opération terminée, il est nécessaire de faire une bonne injection intra-utérine avec une sonde utérine à double courant (fig. 261) ou, mieux encore avec la sonde à écartement de Reverdin (fig. 259) ; je sèche ensuite la muqueuse avec un tampon d'ouate, et j'applique sur

Fig. 261. — Sonde utérine à double courant.

un bourdonnet enroulé autour de la sonde quelques gouttes de la solution créosotée à 1/10 ; je lave à grande eau avec la sonde à double courant, et j'applique un tamponnement à la gaze iodoformée que je retire le lendemain.

Cautère actuel. Ignipuncture. — L'emploi du cautère actuel con-

vient surtout à la métrite chronique parenchymateuse avec augmentation notable du volume du col. Elle peut être pratiquée avec le fer rouge, le galvano-cautère ou le thermocautère.

L'opérateur choisira toujours une époque éloignée de la menstruation. Après avoir embrassé le col avec un spéculum plein en bois ou

Fig. 262. — Cautère intra-utérin en feuille de saule.

en ivoire, on cautérisera le tissu utérin avec un cautère nummulaire (*en surface*), si l'on veut seulement modifier la vitalité de l'organe ;

Fig. 263. — Cautère olivaire ultra-utérin.

avec un cautère olivaire (fig. 263), en pénétrant plus profondément, si l'on veut produire la destruction des tissus et amener une diminution de volume de l'organe. On fera passer un courant d'eau froide sur le col, aussitôt après la cautérisation.

Scarifications. — La scarification donne de bons résultats dans certaines formes de métrites non infectieuses ; lorsque le col est volu-

Fig. 264. Scarificateur utérin à pointe arrondie.

Fig. 265. Scarificateur lancéolé de Doleris.

Fig. 266. Scarificateur à arrêt.

Fig. 267. Scarificateur convexe de Dubois.

mineux, rouge, congestionné et qu'il n'existe pas d'écoulement glaireux très prononcé.

La scarification est également indiquée dans certains cas de ***dysménorrhée*** lorsque la douleur menstruelle donne lieu à des phénomènes simulant un état inflammatoire de l'utérus.

Parmi les scarificateurs représentés dans les figures 264 à 267, nous donnons la préférence à la pointe formant arrêt (fig. 266) ; mais on peut se servir de n'importe quel bistouri.

Drainage. — Le drainage a été appliqué méthodiquement à certaines formes de métrites chronique ; cette méthode a donné des résultats à Lannelongue, de Bordeaux.

Elle consiste à introduire et à maintenir dans l'utérus soit un drain

Fig. 268. — Pince courbe et fine pour passer les drains.

de caoutchouc, soit des fils de soie ou des crins de Florence, soit une simple lanière de gaze iodoformée.

Il faut introduire la gaze avec une pince courbe et dilatée (fig. 268)

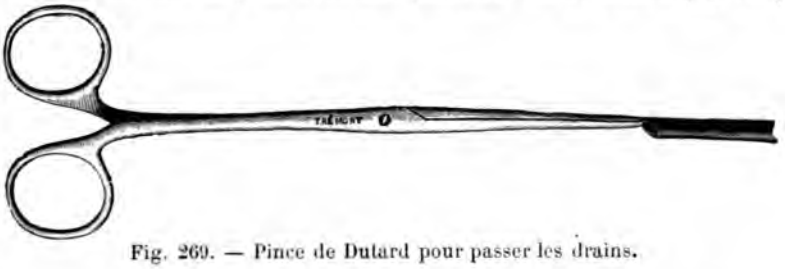


Fig. 269. — Pince de Dutard pour passer les drains.

dans l'utérus préalablement dilaté par la méthode de Vulliet ; Dutard a imaginé une pince très ingénieuse pour faire pénétrer le drain de caoutchouc (fig. 269).

Le drain peut être maintenu pendant plusieurs semaines ; il faut le retirer de temps en temps pour faire des injections boriquées.

Cette méthode est contre-indiquée dans les métrites infectieuses aiguës et lorsqu'il y a des inflammations annexielles.

Amputation du col. — Sims a conseillé dans les cas où le col est extrêmement volumineux, d'enlever une portion du col malade. Ce procédé a été suivi par Gaillard Thomas, par Gallard et plusieurs autres gynécologistes. Il peut donner des résultats, mais nous préfé-

rons la cautérisation actuelle, à moins qu'il ne s'agisse d'une hypertrophie vraiment considérable. Dans ces cas encore nous préférons les opérations suivantes :

Opérations d'Emmet et de Schrœder. — Ces opérations sont indiquées dans les cas de métrite catarrhale lorsqu'il existe une lacération du col très étendue, un véritable ectropion de la muqueuse utérine. On peut guérir l'ulcération du col avec des cautérisations répétées, mais on ne guérit jamais l'ectropion sans intervenir avec le bistouri. Or il importe de ne pas laisser une portion de la muqueuse utérine, fût-elle très minime, exposée aux nombreuses infections vaginales. Sans parler de la syphilis, qui est rare, il y a l'infection blennorrhagique, qui est à redouter lorsque l'orifice du col est déchiré et que la muqueuse est béante. Je considère les opérations de Schrœder et d'Emmet comme utiles et justifiées dans ces cas.

Mais ces opérations ne doivent pas être pratiquées, à mon avis, que lorsque la muqueuse utérine a été guérie ou profondément modifiée soit par les traitements que j'ai indiqués, soit par le curetage. En agissant autrement, on rétrécit considérablement l'orifice utérin, et on s'expose à laisser derrière soi une muqueuse malade dont les sécrétions emprisonnées dans l'utérus donnent lieu à des phénomènes expulsifs douloureux, ou à des résorptions graves.

J'ai été le premier à faire connaître en France l'opération d'Emmet dans la traduction de Gaillard Thomas que j'ai publiée en 1879. J'ai été un ardent promoteur de cette opération, et je dois reconnaître qu'elle ne m'a donné des déceptions que dans les cas où je n'avais pas préalablement soigné la cavité utérine atteinte d'endométrite.

Après vingt ans de pratique, je considère l'opération d'Emmet comme un complément utile du traitement de la métrite catarrhale lorsque, après cessation des phénomènes subjectifs et de la leucorrhée, le col reste entr'ouvert et laisse voir une partie de la muqueuse. En laissant celle-ci exposée à toutes les causes d'infection vaginale, on peut craindre le retour de la métrite. Il est donc préférable de faire cesser l'ectropion, et de clore l'orifice utérin.

L'opération de Schrœder présente les mêmes applications.

Nous consacrons un chapitre spécial à ces interventions opératoires.

Autres procédés de traitement. — Les *révulsifs cutanés* appliqués sur l'hypogastre ou dans la région lombaire sont parfois utiles. Nous

dirons même qu'ils doivent être employés au début de la médication. Tels sont les badigeonnages iodés sur la région lombaire ; les frictions excitantes sur l'hypogastre.

Les *applications d'eau froide et de glace* peuvent être utiles dans la métrite hémorragique. Employées pendant un certain temps et d'une façon méthodique, elles peuvent produire d'excellents effets dans toutes les variétés de métrite chronique. Contre l'hémorragie on appliquera une vessie remplie de glace sur l'hypogastre, et on en introduira dans le vagin. Il faut employer ces moyens pendant un certain temps, afin d'éviter la réaction qui pourrait déterminer un effet opposé à celui qu'on veut obtenir.

Gallard préconise les bains de siège froids ou frais (20 à 25°), prolongés pendant dix à vingt minutes. On obtient ainsi une diminution assez rapide de la congestion, dans la métrite subaiguë.

L'*électricité* a été proposée par Tripier, Onimus et plusieurs gynécologues. On a pratiqué des courants continus à hautes intensités dans l'utérus. D'autres ont employé la faradisation. Nous avouons, après une expérience assez longue, ne pas avoir obtenu de cette médication les résultats qu'elle promettait.

Pansements. — Terminons le traitement de la métrite chronique en parlant des *pansements utérins* qui doivent être faits avec soin pendant toute la durée du traitement. Il est utile d'appliquer sur le col, deux fois par semaine et même plus souvent, un tampon de coton absorbant, qu'on peut enduire de diverses substances médicamenteuses : iodoforme, onguent mercuriel, belladone, etc. Toutes les pommades doivent être préparées à la vaseline de préférence. Lorsqu'il n'existe que de la congestion sans ulcération, nous recommandons particulièrement les tampons largement imbibés de glycérine. On peut incorporer de la glycérine au tanin dans la proportion de 1 à 30.

Enfin les *topiques pulvérulents* pourront être utilisés et donner d'excellents résultats pour la cicatrisation des ulcérations. On emploiera le tanin associé au lycopode. Ces substances, ainsi que les sachets et tampons, peuvent être facilement appliqués sur le col avec le spéculum.

Traitement général. — Il est impossible de passer sous silence le traitement général et purement médical de la métrite chronique.

L'absorption de la gynécologie par la chirurgie a été telle, pendant

ces dernières années, qu'on avait complètement négligé les symptômes généraux dus à la métrite chronique. Je veux bien reconnaître que les anciens auteurs ont décrit avec trop de complaisance les accidents réflexes qu'éprouvent les femmes atteintes d'affections utérines, mais je ne puis en nier l'existence. Une femme atteinte de catarrhe chronique de l'utérus éprouve des phénomènes gastriques absolument semblables à ceux de la grossesse, et pour les mêmes raisons. Il est facile de comprendre qu'un utérus gorgé de mucosités et dont les glandes sont hypertrophiées et la muqueuse épaissie ait un retentissement sur la santé générale, et donne lieu à des troubles digestifs qui ont été désignés sous le nom de dyspepsie utérine.

Ceux-ci doivent donc être soignés, de même que les symptômes abdominaux désignés sous le nom de *congestifs*.

Le praticien qui aura à soigner une métrite chronique devra donc surveiller l'état général, et chercher des ressources dans la thérapeutique médicale. Il devra stimuler la nutrition par des toniques : coca, kola, quinquina, glycéro-phosphates; par l'hydrothérapie.

On sait que la cure thermale a été longtemps le principal traitement appliqué aux métrites chroniques. Sans y attacher la même importance que nos anciens, il est impossible de nier l'action bienfaisante de certaines eaux sur la métrite parenchymateuse, surtout lorsqu'elle ne donne pas lieu à des érosions graves du col. Je consacre plus loin un article spécial au traitement des affections inflammatoires de l'utérus par la médication hydro-minérale.

Mais les symptômes de voisinage les plus fréquents sont la constipation et la cystite.

Presque toutes les femmes atteintes de métrite souffrent en allant à la garde-robe, par l'ébranlement que détermine l'effort sur l'utérus. Elles éloignent le plus possible le moment de la défécation, et c'est pour cette raison, bien plus que par la compression de l'utérus sur le rectum, qu'elles sont constipées.

On devra donc combattre ce symptôme quel que soit le traitement local qu'on choisisse. Il est, en effet, très important d'empêcher l'obstruction et la congestion pelvienne, et d'avoir une asepsie intestinale parfaite. On a dans l'arsenal purgatif un assez grand choix, mais je recommande particulièrement l'emploi des eaux minérales naturelles laxatives prises le matin à jeun à petite dose (un verre à bordeaux) et les ovules à la glycérine appliqués dans le rectum.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur le traitement non chirurgical des métrites; j'ai voulu seulement rappeler que, dans cer-

taines circonstances, l'utérus a un retentissement grave sur l'économie et que nos anciens maîtres considéraient toujours les métrites comme des affections constitutionnelles.

TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL DES MÉTRITES

Si nous avons longuement développé le traitement local et chirurgical de la métrite, nous ne négligeons pas pour cela la médication générale considérée soit comme le complément du traitement local, soit comme traitement curatif.

Nous reconnaissons volontiers que la note chirurgicale a, pendant ces vingt dernières années, été trop accentuée dans la thérapeutique gynécologique ; tant que le pus n'a pas envahi les annexes, on peut toujours espérer la guérison d'un utérus malade par des moyens purement médicaux.

Parmi ceux-ci le traitement *hydro-minéral* doit reprendre sinon la place qu'il occupait à l'époque d'Aran, du moins une importance considérable.

Il faut bien savoir qu'un grand nombre des affections utérines inflammatoires et même infectieuses, ne se développent que parce qu'elles évoluent sur un terrain prédisposé par des diathèses contre lesquelles la médication hydro-minérale est presque toujours utilement appliquée.

Dans la métrite évoluant chez une femme *scrofuleuse* et *herpétique* on conseillera les *eaux chlorurées sodiques* qui possèdent une excitation lente, mais profonde, et rétablissent dans les tissus l'activité physiologique affaiblie. Les mieux appropriées pour le traitement thermal sont celles de Salins (Jura), Salins-Moutiers (Savoie), Salies (Basses-Pyrénées), Bourbon-Sancy, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, Rheinfelden.

Quelques-unes de ces stations fournissent des eaux-mères qui permettent de les employer à domicile.

Lorsque la métrite se manifeste surtout par la *leucorrhée* (métrite catarrhale) *sans ulcérations du col* et sans état inflammatoire aigu, on conseillera les *eaux sulfureuses* sodiques ou calciques : Saint-Sauveur, Barèges, Saint-Honoré, Eaux-Chaudes, Cauterets, Saint-Gervais, Enghien, Allevard, Argelès-Gazost.

Il est préférable de traiter les *ulcérations du col* avant de s'adresser à la thérapeutique hydro-minérale ; cependant, lorsque cette indi-

cation n'aura pu être remplie, on obtiendra de bons résultats par les eaux de Saint-Christau qui s'emploient en douches locales.

La métrite présente souvent, comme symptôme prédominant, le *ténesme vésical ou rectal ;* parfois ces phénomènes persistent après le traitement chirurgical (curetage) ; on conseillera alors les *eaux* sédatives : Néris, Plombières ; ou les eaux de lixiviation, telles que Vittel, Evian, Contrexéville et Martigny.

Lorsque la métrite coïncide avec des *affections cutanées* et notamment avec l'eczéma *de la vulve* et que la diathèse herpétique est manifeste, on emploiera avec avantage les eaux arsenicales fortes dont La Bourboule constitue le type essentiel, mais dont l'application devra être surveillée avec soin.

La *dyspepsie* est le corollaire presque constant de la métrite chronique ; lorsque ce symptôme est prédominant, Vichy est indiqué ; non seulement on trouvera dans cette reine des hydropoles la boisson qui convient aux dyspeptiques, mais encore des ressources médicales les plus complètes que peuvent offrir la balnéothérapie et l'hydrothérapie ; les eaux de Pougues, de Vals, seront également prescrites dans la dyspepsie d'origine utérine ; elles conviennent surtout dans les cas ou la métrite se complique de troubles digestifs et d'anémie.

La plupart des femmes atteintes de métrite chronique présentent, en même temps que les troubles gastriques, les deux symptômes qui en sont la conséquence : la *constipation* et la *colique muco-membraneuse :* les stations de Chatel-Guyon, de Brides et de Plombières sont dans ces cas fort indiquées : Chatel-Guyon et Brides lorsque la constipation domine ; Plombières chez les malades sujettes à des évacuations douloureuses et fréquentes de membranes.

Lorsque domine l'élément *douleur* et surtout lorsque les malades accusent des *névralgies par irradiation* on s'adressera aux eaux faibles dites *indifférentes* qui conviennent aux névropathes ; dans cette catégorie nous citerons Luxeuil, Plombières, Néris, Ussat, Gastein ; les boues de Dax et de Saint-Amand.

Dans la *phlébite* qui complique parfois les métrites, Bagnoles de l'Orne a une réputation méritée.

Telles sont les principales indications de la médecine thermale appliquée aux métrites. Nous ne donnons pas de plus amples détails sur la médication ; les malades trouveront dans chaque station des médecins expérimentés qui dirigeront le traitement hydro-minéral qui s'applique en boissons, en douches, en bains, en injections, etc.

CHAPITRE II

ANOMALIES UTÉRINES; HYPERTROPHIE, ATRÉSIE; TUMEURS CONSÉCUTIVES AUX ATRÉSIES, HÉMATOMÉTRIE

Nous réunissons dans un même groupe les anomalies utérines, l'atrésie et les tumeurs par distension (hématométrie) qui en sont la conséquence.

Parmi les anomalies assez fréquentes, figurent en premier lieu l'*hypertrophie congénitale*, dont les anciens auteurs avaient beaucoup exagéré l'importance; viennent ensuite l'*atrésie*, les tumeurs consécutives à l'atrésie, et l'*atrophie congénitale*.

§ 1. — Hypertrophie.

Huguier, qui a longuement étudié cette affection, distinguait deux variétés d'hypertrophie, selon que la maladie intéressait toute l'étendue ou seulement un segment du col. Nous admettrons cette distinction, quoiqu'elle ne soit pas toujours facile à établir, et nous décrirons séparément l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col ou *allongement supra-vaginal*, et l'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col ou *allongement infra-vaginal*.

Hypertrophie sous-vaginale du col. — Disons de suite que les descriptions faites par Huguier des allongements hypertrophiques ne sauraient être acceptées aujourd'hui par les cliniciens. Cet auteur était tombé dans une exagération qu'on s'explique difficilement, en prétendant que tous les cas de prolapsus utérin décrits avant lui n'étaient autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'organe dont le corps et le fond étaient restés dans la cavité pelvienne. Il nous paraît inutile de réfuter une assertion aussi invraisemblable. Non seulement le prolapsus utérin existe comme entité morbide, mais les hypertrophies auxquelles Huguier avait fait une si grande place dans la pathologie utérine ont aujour-

d'hui perdu beaucoup de leur importance clinique. Il est, en effet, admis que l'hypertrophie est loin d'être fréquente, en tant que lésion congénitale. Lorsqu'elle existe elle n'est qu'un symptôme de la métrite, ou le résultat de la distension par une tumeur.

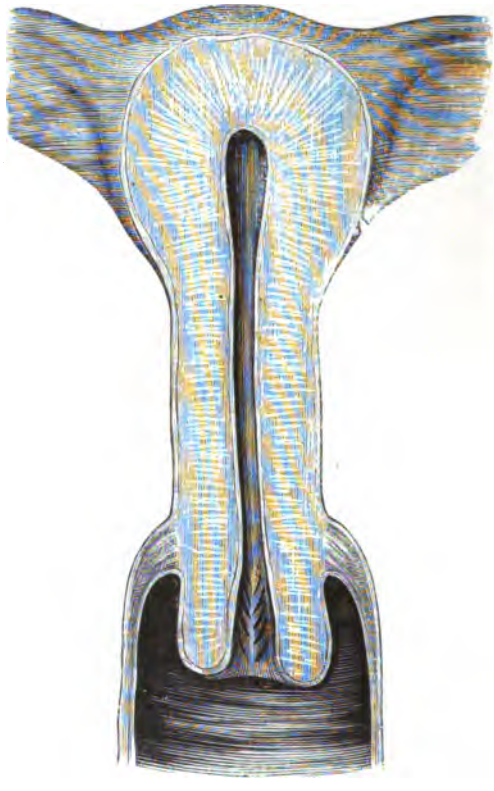


Fig. 270. — Hypertrophie sus-vaginale du col.

Symptômes. — Lorsque l'hypertrophie est très prononcée, le toucher vaginal permet de constater une tumeur peu mobile faisant suite à la portion vaginale du col utérin. Cette tumeur donne la sensation d'une tige fermée cylindrique, allongée et comme rétrécie, se dirigeant en haut vers le bassin, et se continuant avec le corps de l'utérus, la figure 270 en présente un exemple.

L'*hystéromètre* fournit des éléments importants de diagnostic. Il permet en effet de reconnaître avec une certaine précision la longueur totale de la cavité utérine, des dimensions de la cavité du corps, et la direction de l'organe. On doit penser à un allongement hypertro-

phique, chaque fois que la sonde utérine s'enfonce dans l'organe à plus de 10 centimètres.

Dans certains cas l'hypertrophie porte sur la totalité de l'organe

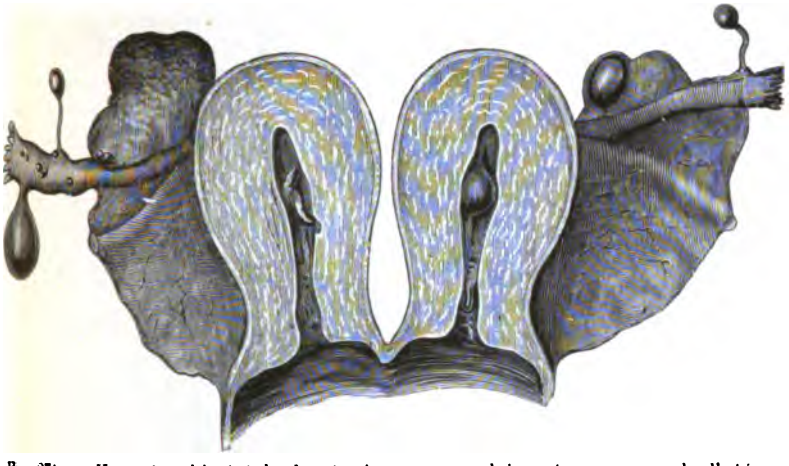


Fig. 271. — Hypertrophie totale des tuniques musculaire et muqueuse de l'utérus compliquée de petits kystes de l'ovaire, de la trompe, et des ligaments larges (forme ovoïde 4/5 de grandeur).

fig. 270) ; mais le plus souvent elle indique l'existence d'une tumeur (fibromes, hématométrie, cancer, etc.) ; dans ces cas, toute la paroi du corps utérin participe à l'hypertrophie.

Hypertrophie sous-vaginale du col. — Dans cette variété, le museau de tanche, seul, participe à l'allongement et forme dans le vagin une saillie de forme et de longueur variables.

Causes. — Dans la grande majorité des cas l'allongement et l'hypertrophie du col succèdent au gonflement produit dans le tissu de l'organe par la persistance des modifications propres à la grossesse et résultant d'un défaut d'involution de l'utérus après l'accouchement.

Anatomie pathologique. — D'après Virchow les allongements hypertrophiques du col sont très riches en vaisseaux, et, dans quelques cas, la tumeur est presque entièrement vasculaire.

Mais il existe des allongements hypertrophiques du col dans lesquels il n'existe aucune altération de texture sensible au toucher et aucune lésion apparente. Dans quelques cas l'hypertrophie est con-

génitale et peut être observée chez les femmes qui n'ont eu aucune maladie inflammatoire du col utérin (fig. 273). D'après Péan l'hypertrophie des tissus est souvent symptomatique d'un myome (fig. 272).

Symptomatologie. — Les symptômes généraux déterminés par

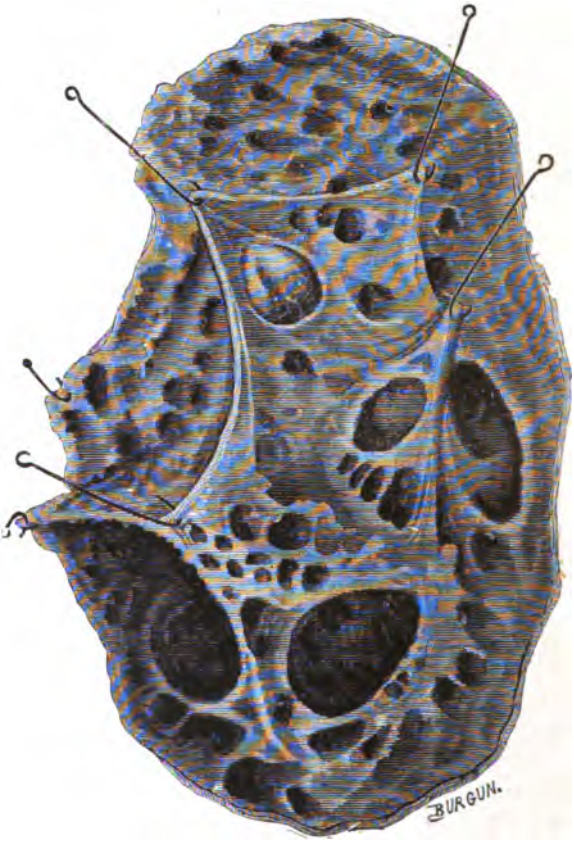


Fig. 272. — Hypertrophie de l'utérus symptomatique d'un fibro myome.

l'hypertrophie du corps présentent la plus grande analogie avec ceux de la métrite parenchymateuse chronique.

L'élongation hyperthrophique du col est souvent accompagnée d'un déplacement plus ou moins considérable de l'utérus. Non seulement le col s'approche de la vulve par le fait de son élongation, mais l'utérus subit le plus souvent un abaissement total qui résulte de son augmentation de poids. Dans un grand nombre de cas le col hypertrophié est rétrofléchi ; cette disposition, attribuée par Courty à la pression

réitérée du pénis, nous semble plutôt résulter de l'hyperplasie des éléments constitutifs de l'utérus.

Lorsque l'utérus est près de la vulve, il se produit souvent une cystocèle.

D'après Sims, la *stérilité* accompagne invariablement l'élongation

Fig. 273. — Hypertrophie sous-vaginale du col.

hypertrophique, mais on possède cependant un certain nombre de cas où la conception a eu lieu, malgré un allongement très prononcé du col.

Traitement. — On appliquera les moyens locaux de nature à diminuer l'hypertrophie et à provoquer le retrait de l'organe. C'est ainsi qu'on pratiquera des scarifications plus ou moins profondes, des cautérisations avec le cautère actuel fréquemment répétées. Ces procédés déterminent la formation d'eschares, produisent une inflammation éliminatrice et une rétraction cicatricielle de nature à diminuer le volume de l'organe.

Lorsque l'élongation est considérable et que le col descend jusqu'à la vulve, le chirurgien est autorisé à pratiquer l'amputation. Cette opération, dont nous donnons plus loin la description, constitue le véritable traitement de l'élongation hypertrophique.

Atrésie. Hématométrie. — Nous ne nous occuperons ici que de l'*atrésie absolue et congénitale ;* les atrésies partielles ou *strictures* seront examinées lorsque nous étudierons les causes de la *stérilité* (voy. *Troubles fonctionnels, Stérilité*).

Les développements que nous avons donnés en traitant de l'atrésie et de l'imperforation du vagin (p. 215) nous dispensent d'entrer dans de grands détails sur les symptômes produits par l'occlusion congénitale de l'orifice utérin.

Hématométrie. — C'est généralement à l'approche de la puberté que se révèlent les premiers signes de l'atrésie. Si l'état des ovaires et de la muqueuse tubo-utérine est normal, la menstruation a lieu et le sang qui s'exhale dans l'utérus s'accumule et forme la tumeur désignée sous le nom d'*hématométrie* (fig. 274).

L'utérus se transforme alors en une poche à parois plus ou moins

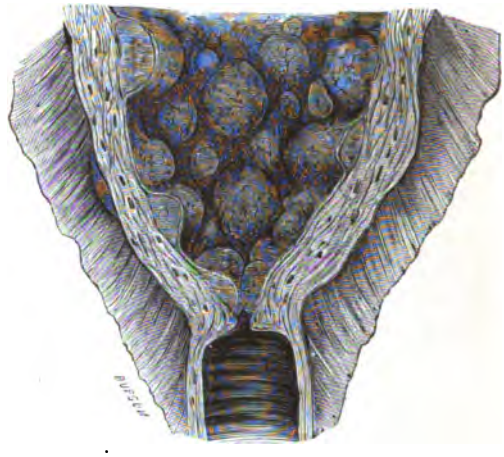


Fig. 274. — Hématométie due à l'oblitération du col par des tumeurs sarcomateuses de la muqueuse utérine

épaisses; lorsque le processus est ancien, la poche devient volumineuse et l'utérus forme une tumeur ou le col et le corps sont confondus.

Le sang peut refouler de l'utérus dans le péritoine et produire ainsi une hématocèle. La figure 275 représente une tumeur utérine sanguine coïncidant avec une hématocèle rétro-péritonéale.

Dans beaucoup de cas l'occlusion utérine coïncide avec l'occlusion de l'utérus; le sang peut filtrer à travers le col aminci et former une double tumeur : l'une emplissant le vagin, l'autre la matrice (fig. 276).

Pyométrie. Physométrie. — Le contenu de la poche est formé par du sang plus ou moins altéré, de consistance épaisse ou sirupeuse.

Avant l'introduction des méthodes aseptiques on ponctionnait les

hématométries ; il en résultait souvent une suppuration de la poche (pyométrie) ; dans d'autres cas la décomposition des liquides contenus dans la tumeur après la ponction donnait lieu à la formation de gaz ; c'est cet état qui a fait donner le nom de *physométrie* à certaines affections utérines. La physométrie a donné lieu à de longs chapitres de pathologie à nos ancêtres. Cette affection n'est plus aujourd'hui qu'un symptôme.

Symptomatologie. — Ce que nous avons dit à propos des atrésies

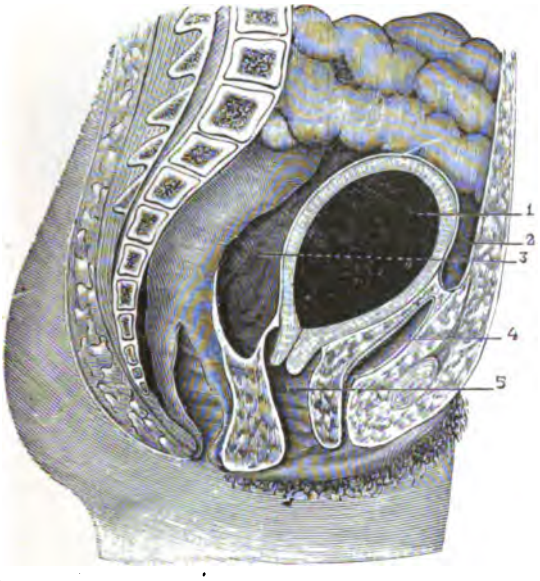


Fig. 275. — Hématométrie et hématocèle rétro-péritonéale consécutive à un rétrécissement de l'utérus.

1, utérus distendu ; 2, 3, hématocèle ; 4, vessie ; 5, vagin.

vaginales (p. 217) nous dispense de décrire de nouveau les symptômes de l'atrésie qui sont les mêmes que l'occlusion porte sur le vagin ou sur le col.

Le diagnostic différentiel avec les différentes tumeurs utérines seul est important. On confondra l'hématométrie avec la grossesse, les fibromes, le cancer ; la figure 274 représente une atrésie avec hématométrie produite par un carcinome (Péan).

On étudiera donc bien les signes propres à chacune de ces affections ; le seul point important est que l'hématométrie s'observe surtout chez les jeunes filles peu de temps après l'établissement de la fonction menstruelle.

Traitement. — Nos ancêtres, qui ignoraient l'asepsie, le lavage utérin, le curetage et l'abaissement de la matrice, redoutaient avec raison l'ouverture des poches hématométriques. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui.

Lorsque l'hématométrie forme une tumeur manifeste et qu'il

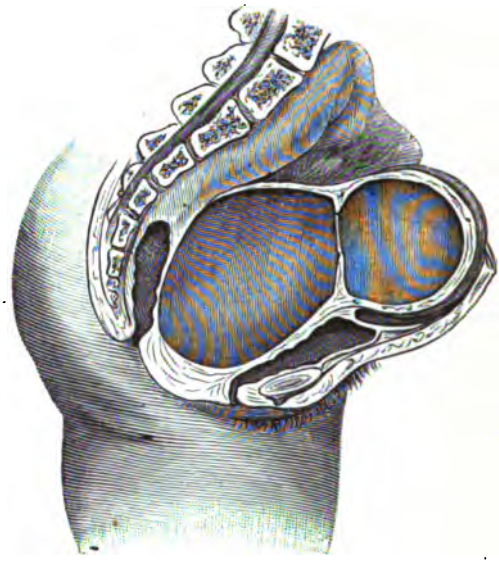


Fig. 276. — Tumeur par rétention du sang dans le vagin et l'utérus due à l'imperforation congénitale de la vulve (Hématométrie) (Barnes).

n'existe pas d'ouverture du col, ou que celle-ci est indiquée par une simple dépression, on ouvrira par une petite incision jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le liquide dont on fera l'évacuation très lente (surtout lorsque la tumeur est volumineuse) ; on agrandit ensuite l'incision par laquelle on introduit un drain assez volumineux pour faire un lavage avec beaucoup de douceur.

Cette méthode expose moins à l'infection que la ponction simple ou aspiratrice.

Atrophie utérine. — L'atrophie utérine (utérus pubescent, utérus infantile) est extrêmement fréquente. Elle sera étudiée dans le chapitre consacré à la stérilité dont elle constitue une des causes les plus importantes.

CHAPITRE III

LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS

I. — Cancer de l'utérus

Le cancer utérin peut être défini : une maladie caractérisée par une grande prolifération de tissu connectif et par une production excessive de cellules épithéliales. A cette définition qui s'applique au cancer de tous les autres organes, il faut signaler, en ce qui concerne l'utérus, la facilité avec laquelle le néoplasme détruit les tissus et s'étend aux organes voisins.

Il est certain que les anciens auteurs avaient quelques notions cliniques sur le cancer utérin. A l'époque de la renaissance des études gynécologiques en France, le cancer fut l'objet de recherches sérieuses.

Mais ce n'est que depuis une petit nombre d'années que, grâce aux progrès de l'histologie et de l'anatomie pathologiques, nous avons obtenu des notions satisfaisantes sur la nature de cette affection, il faut dire du reste que, au point de vue de l'étiologie et du traitement, il nous reste beaucoup à apprendre.

Division. Anatomie pathologique. Histologie. — D'une manière générale, toutes les néoplasies malignes et bénignes peuvent se développer dans l'utérus ; nous ne nous occuperons ici que des variétés qui présentent un caractère clinique assez tranché. La division que nous adoptons est peut-être discutable au point de vue histologique ; mais, outre les avantages cliniques qu'elle présente, elle est acceptée par la plupart des auteurs.

Nous ne décrirons donc que deux variétés de tumeurs : le *sarcome* et l'*épithéliome*. Nous abandonnons le *carcinome* sous lequel on désignait autrefois le cancer utérin, parce que ce néoplasme ne forme avec l'épithéliome qu'une unité pathologique.

La division en *cancer du corps* et en *cancer du col* a une grande importance au point de vue chirurgical; nous y reviendrons en parlant du traitement (p. 335).

A. **Sarcomes**. Il n'y a que quelques années que les sarcomes ont été distraits des autres tumeurs utérines, Gallard et les anciens

Fig. 277. — Coupe d'un cysto-sarcome de l'utérus.

a, *a*, paroi du kyste très épaisse; *b*, cavité kystique; *c*, *d*, deux petits kystes; *e*, *f*, autres petits kystes; *p*, partie interne de la paroi du kyste; *p'*, *p''*, saillies et dépressions de cette paroi; *s*, caillot sanguin contenu dans la cavité kystique; *v*, tissu cellulo-musculaire de l'utérus.

auteurs les mentionnaient à peine ou les confondaient avec les fibromes ou les épithéliomes.

Les nombreuses observations recueillies par Gusserow, Péan et quelques chirurgiens démontrent au contraire que ces tumeurs utérines sont loin d'être rares.

Cohnheim a démontré que le sarcome est une production formée par du tissu conjonctif à type embryonnaire.

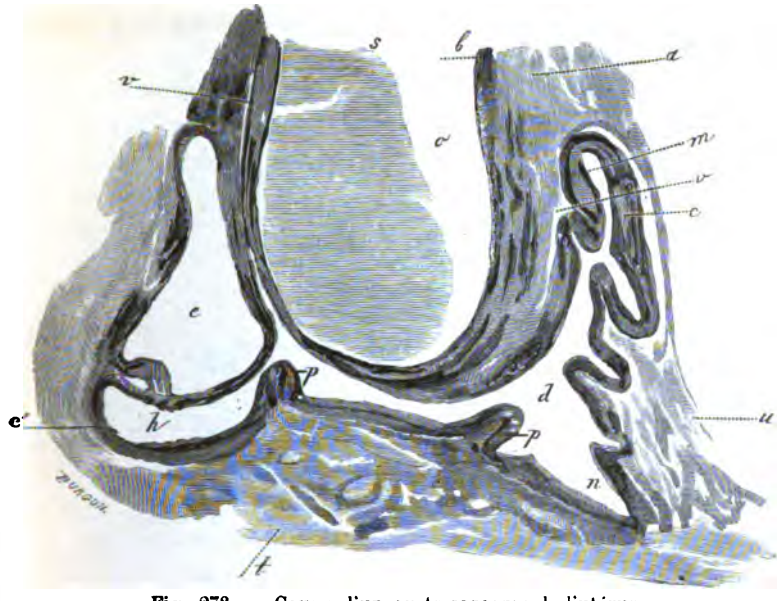


Fig. 278. — Coupe d'un cysto-sarcome de l'utérus.

g, *e*, *d*, cavités kystiques ; *s*, caillot sanguin ; *m*, *h*, *n*, prolongements du grand kyste inférieur ; *p*, *p*, saillies observées à sa surface ; *c*, *c*, tissu constituant la paroi des kystes ; *a*, *u*, *t*, tissu utérin normal ; *v*, *v*, vaisseaux.

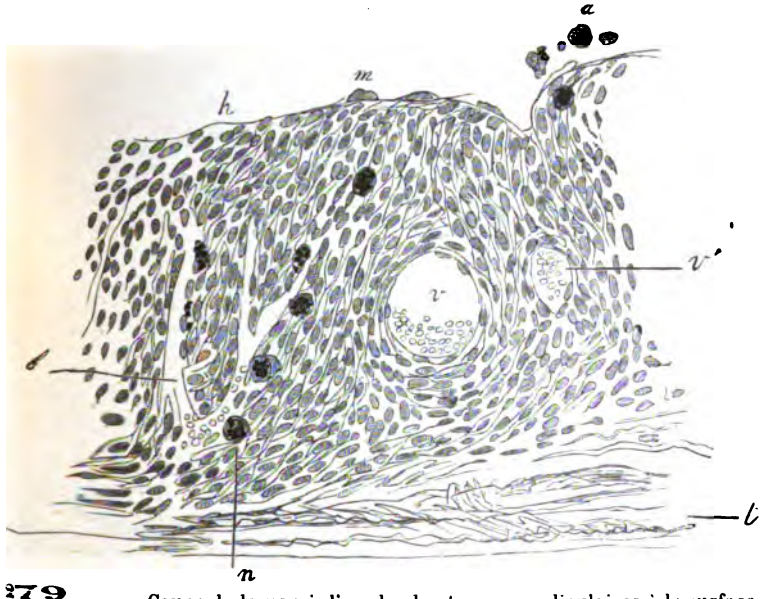


Fig. 279. — Coupe de la paroi d'un des kystes perpendiculaires à la surface.

t, tissu conjonctif périphérique normal ; *n*, cellule sarcomateuse ; *v*, *v'*, *b*, vaisseaux contenant des globules en circulation ; *a*, globules sanguins ; *m*, *h*, cellules.

En ce qui concerne l'utérus les sarcomes peuvent être divisés en *fibro-sarcomes* et en *cysto-sarcomes*.

Les *fibro-sarcomes* siègent dans le corps de l'utérus et se développent primitivement dans le parenchyme ou dans la muqueuse.

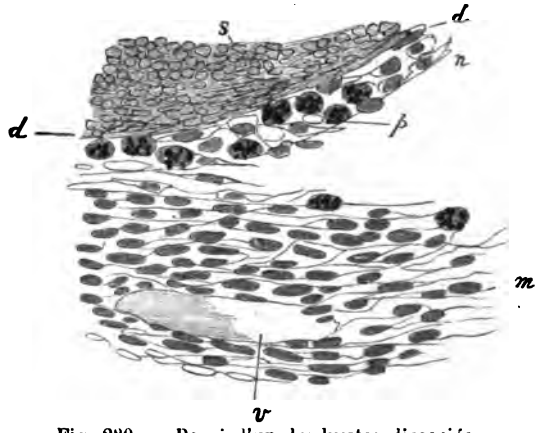


Fig. 280. — Paroi d'un des kystes dissociée.

v, vaisseau ; *m*, tissu de la paroi ; *d*, *d*, surface interne du kyste ; *s*, globules sanguins aplatis contre la paroi ; *p*, cellules fusiformes remplies de pigment sanguin.

Ceux du parenchyme sont les plus fréquents ; Gusserow en a réuni 73 observations et Péan en a observé plus de vingt cas. D'après

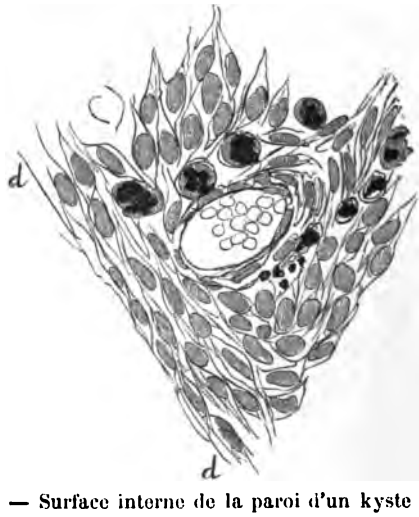


Fig. 281. — Surface interne de la paroi d'un kyste dissociée.

d, *d*, surface interne du kyste.

quelques auteurs, ces tumeurs sont dues à la transformation des myomes ; cette opinion est fort contestable. Les fibromes évoluent

avec une lenteur caractéristique, tandis que les tumeurs sarcomateuses envahissent les tissus avoisinants. Ce qui est bien démontré c'est que le fibro-sarcome utérin est souvent *primitif*, qu'il reste rarement limité au corps utérin, qu'il se propage rapidement aux ganglions mésentériques et aux organes de voisinage. S'ils restent localisés ils sont le siège de poussées inflammatoires fréquentes et aiguës et contractent rapidement des adhérences qui en rendent la présence douloureuse et même dangereuse.

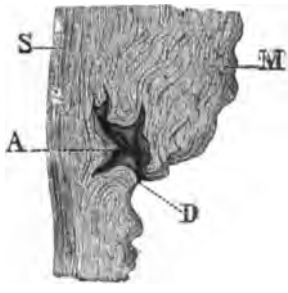


Fig. 282. — Paroi de l'utérus envahie par un sarcome.
M, surface de la muqueuse du corps utérin ; S, surface externe du corps ; D, déchirure anfractueuse ; A, noyaux sarcomateux.

Les *cysto-sarcomes* sont plus rares ; ils sont rarement limités à l'utérus et envoient des prolongements dans les ligaments larges, les fosses iliaques et le mésentère (Péan) ; ils présentent à leur périphérie des vaisseaux sanguins et lymphatiques variqueux, dilatés et friables et peuvent devenir très volumineux (fig. 285).

Ils sont creusés de cavités kystiques renfermant soit du sang, soit un liquide groseille hématique et de nombreux éléments embryonnaires.

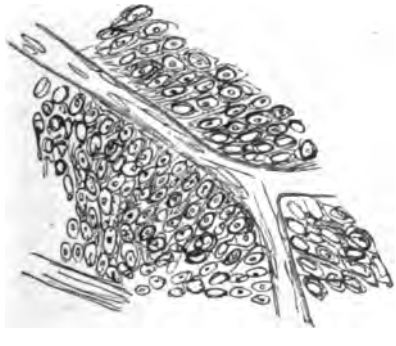


Fig. 283. — Rapport des cellules et des vaisseaux dans un sarcome.

Les figures 277 et 278, empruntées à Péan représentent, la coupe d'une cavité kystique sarcomateuse à un faible grossissement.

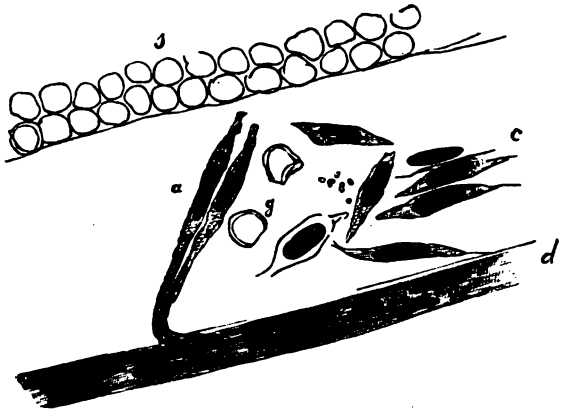


Fig. 284. — Espace compris entre la paroi et l'épanchement sanguin.
s, épanchement sanguin; *d*, *d*, surface interne de la paroi; *a*, cellules de la paroi qui se détachent en se redressant; *c*, cellules de la paroi libres; *g*, globules rouges.

De la figure 277 on voit la cavité *b* contenant un caillot sanguin *s*; la paroi (*a a*) contient, dans sa partie la plus épaisse, deux petits kystes (*d*, *c*); dans sa partie inférieure, d'autres cavités kystiques (*e*, *f*). La figure 282 représente une autre coupe; la cavité kystique *o* est remplie par un caillot *s*; deux autres cavités *e*, *f*, sont débarrassées du liquide qu'elles contenaient. La figure 282 montre la paroi utérine envahie par un sarcome et la figure 283 les rapports des cellules embryonnaires et des vaisseaux; enfin, les figures 279 à 284 complètent l'histologie du sarcome en montrant les rapports qui existent entre les cellules sarcomateuses et le tissu conjonctif.

***B.* Epithéliomes et carcinomes.** — L'épithéliome était autrefois décrit sous une rubrique spéciale et on consacrait un chapitre distinct au *carcinome* ou cancer utérin proprement dit.

Mais nous acceptons l'opinion émise par Ch. Robin, Billroth, Waldeyer et un grand nombre d'histologistes qui considèrent : 1° que le carcinome dérive de l'épithéliome; 2° que ces deux variétés de néoplasmes ont toujours pour origine les glandes épithéliales de la muqueuse utérine s'enfonçant dans la couche parenchymateuse; 3° que l'hypergenèse des cellules épithéliales provient d'un trouble de leur production normale; 4° que le stroma est dû à la prolifération du tissu connectif au même niveau.

Ce sont ces diverses considérations qui nous font admettre que

l'épithéliome et le carcinome ne forment que deux variétés d'un même *néoplasme* et nous permettent de les réunir dans le même chapitre.

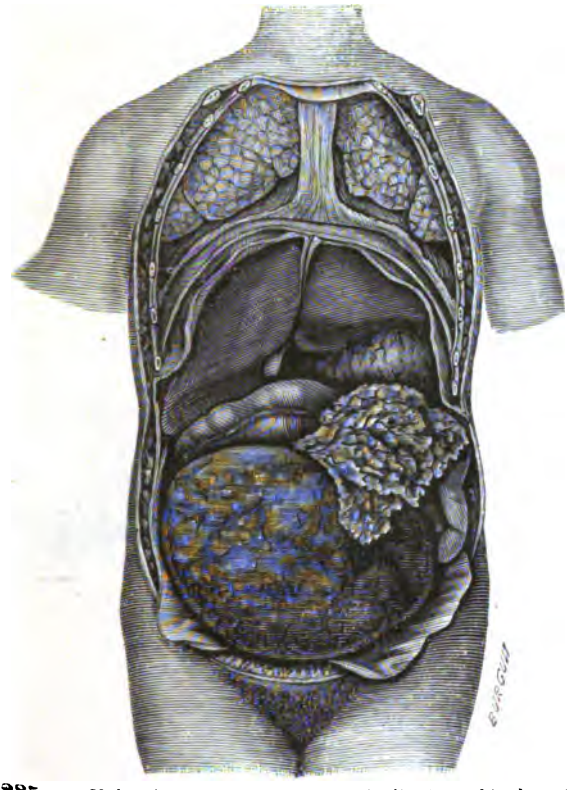


Fig. 285. — Volumineux cysto-sarcome de l'utérus développé du côté de la cavité abdominale.

Nous devons dire cependant qu'un grand nombre d'histologistes considèrent ces deux néoplasmes comme distincts ; l'épithéliome dérivant du tissu épithélial, le carcinome du tissu conjonctif.

Quoi qu'il en soit, les auteurs ont tout avantage à les réunir parce qu'ils présentent les mêmes caractères cliniques : tendance à l'ulcération, à la propagation rapide, à la récidive.

L'épithéliome s'observe le plus fréquemment sur la muqueuse utérine. Les histologistes admettent deux variétés : le *pavimenteux* et le *cylindrique*. Le premier naît généralement de la portion vaginale du col et se développe lentement en envahissant toute l'épaisseur du museau de tanche. Il pénètre ensuite dans la profondeur de l'organe et remplace peu à peu le tissu musculaire qui finit par disparaître

presque complètement. L'épithéliome à cellules pavimenteuse même quelques caractères qui peuvent parfois le faire rec l'œil nu. On voit, en effet, des parties peu vasculaires de la t

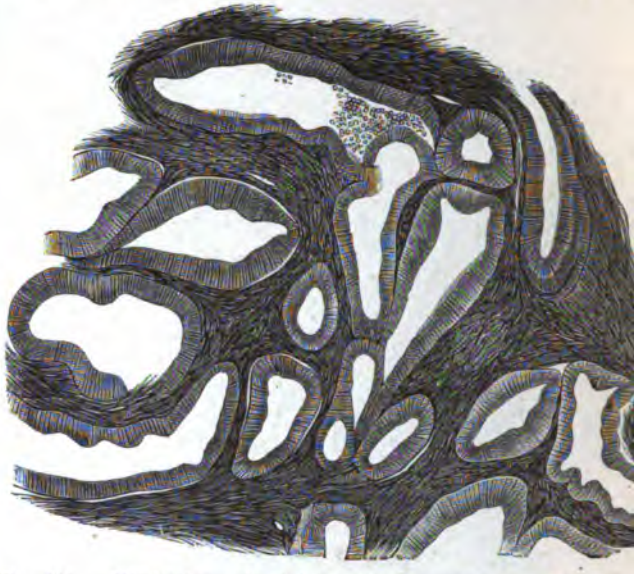


Fig. 286. — Végétations glandulaires de la muqueuse utérine (Br

ont un aspect opalin, circux et une dureté apparente qui cont leur friabilité réelle. La surface de section est sèche et on en la raclant, de petits grumeaux et des filaments blancs, opa miformes constitués par des agglomérations d'épithélium pav

Les cellules épithéliales subissent graduellement la trans granulo-graisseuse, et il se produit des ulcérations qui do aux hémorragies fréquentes qu'on observe pendant le cou cer utérin.

L'épithéliome cylindrique présente quelques particularité ture. Tandis que la tumeur pavimenteuse est constituée par cellules aplaties munies d'un noyau et dont l'agglomération globes épidermiques, dans l'épithéliome cylindrique, les ce assez grosses et ne forment que très rarement des globes épid

Ces deux variétés d'épithéliomes présentent comme car nique de se reproduire plus difficilement dans les ga dans les nodosités secondaires qu'on rencontre dans le t musculaire de l'utérus.

Le *carcinome*, revêt surtout les formes encéphaloïdes. S

lisant avec une grande rapidité et provoquant des douleurs vives et des hémorragies abondantes, il constitue la plus grave de toutes les néoplasies qui siègent dans le tissu utérin.

Il est constitué par un stroma circonscrivant des alvéoles remplies

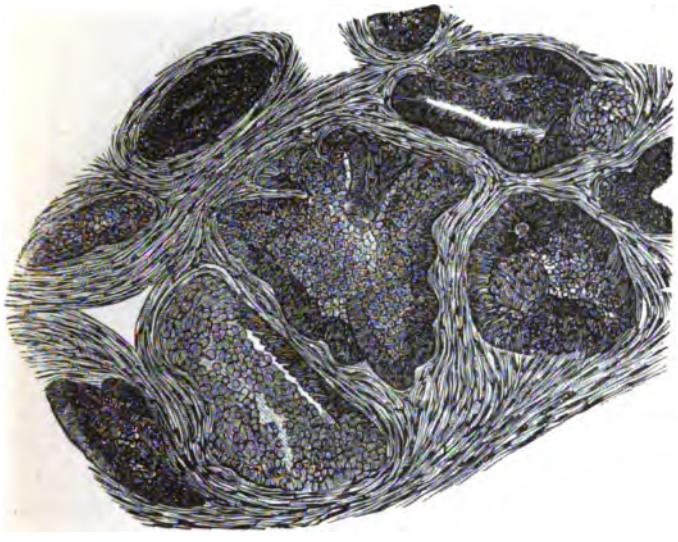


Fig. 287. — Végétations glandulaires de la muqueuse utérine en dégénérescence épithéliale.

de cellules volumineuses munies de gros noyaux et offrant entre elles des dissemblances notables. Dans l'épaisseur du stroma rampent des vaisseaux dont la rupture détermine les hémorragies fréquentes qu'on observe pendant le cours de la maladie.

Le cancer utérin s'observe d'abord le plus souvent par l'une des lèvres du col qui est d'abord indurée et hypertrophiée et qui présente à sa surface des végétations molles et vascularisées. La lèvre opposée se prend alors, et le col ne tarde pas à être recouvert d'une excroissance périphérique qui fait saillie dans le vagin. Mais il est bon de savoir que le carcinome débute le plus souvent par le tissu conjonctif sous-muqueux, de sorte que la portion vaginale de l'organe peut conserver son aspect normal, pendant un certain temps, alors que les tissus sous-jacents sont déjà sérieusement atteints.

D'après Breisky, le processus cancéreux utérin a lieu de la manière suivante. Il se produit d'abord une sorte d'hypertrophie végétante des glandes suivie de dégénérescence épithéliale. L'examen microscopique d'une végétation pédiculée de la muqueuse du corps montre

qu'elles sont formées par les follicules glandulaires pourvu
lium (fig. 286) ; ces mêmes végétations examinées quatre
tard présentaient la dégénérescence épithéliale (fig. 287,

Fig. 288. — Végétations de l'utérus et dégénérescence épithéli

Péan a émis l'opinion que les polypes peuvent subir la t
tion épithéliale ; la figure 290, qui se rapporte à des fongo

Fig. 289. — Végétations épithéliales de la muqueuse utérin

tantes et polypiformes, présente les caractères histolog
épithéliome constitué par une trame fibro-cellulaire ténue e
teuse. Ce cas semble venir à l'appui de la possibilité de l
mation possible du polype en épithéliome. Quelle que soit du
structure les tumeurs cancéreuses de l'utérus se ressemb
par leurs tendances de destruction, d'extension et de rep

C'est ce point de la question qui nous intéresse plus particulièrement au point de vue clinique. Mais la rapidité de leur évolution dépend

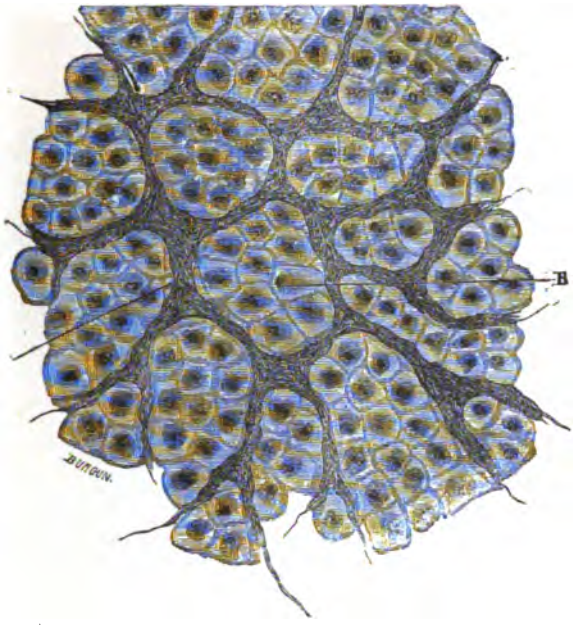


Fig. 290. — Végétations glandulaires de la muqueuse utérine (Breisky).
B, élément cellulaire nucléé.

en partie de leur structure. C'est ainsi que l'épithélium cylindrique a une marche plus rapide et des symptômes plus accentués et plus graves que l'épithélium pavimenteux. Quant au carcinome, il se présente avec beaucoup plus d'acuité et a une marche plus rapide que l'épithéliome proprement dit. L'étude histologique des diverses tumeurs malignes de l'utérus présente donc une certaine importance au point de vue du pronostic et du diagnostic.

La variété carcinomateuse présente encore un autre danger qui existe à un degré moindre pour l'épithéliome; c'est la généralisation. Les métastases se forment plus particulièrement dans le poumon et le foie.

Causes. — On ne sait rien ou presque rien sur l'étiologie des tumeurs malignes de l'utérus. Les recherches de la plupart des auteurs s'accordent à démontrer la plus grande fréquence de cette affection, à l'époque de la ménopause et dans la période qui la suit immédiatement.

Les causes attribuées à la constitution, aux excès de coït, aux

accouchements répétés, ne sont nullement démontrées et n
pas sur des preuves scientifiques suffisantes.

L'*hérédité* doit cependant être signalée. De nombreux fait
son influence dans les affections cancéreuses. Il faut dire

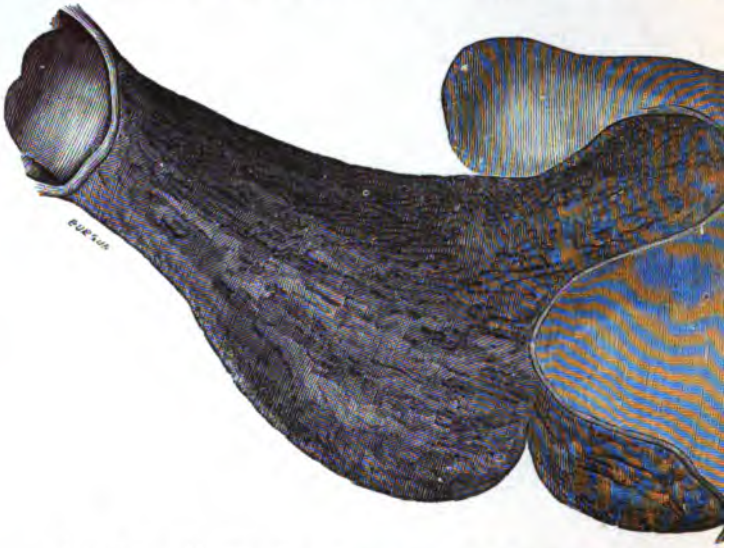


Fig. 291. — Ablation d'un utérus cancéreux : le sarcome du corps d
s'était propagé au col (Péan).

que cette influence a été exagérée et qu'il est, dans l'éta
la science, impossible d'en préciser la nature. Plusieurs
tes, parmi lesquels nous citerons Lebert et Barnes, nient l
mation héréditaire de la diathèse cancéreuse. Quelque
admettent l'influence des maladies inflammatoires et du tr
dans l'étiologie du carcinome. On peut cependant adme
quelque apparence de raison, que tout phénomène capabl
miner sur le tissu de l'utérus une certaine irritation, peut de
une personne prédisposée, la cause occasionnelle d'un
Cette opinion se trouve appuyée sur ce fait que les tumeu
de préférence le col utérin, c'est-à-dire la partie de l'orga
exposée aux influences extérieures.

Symptômes. — Les symptômes du cancer utérin sont
entourés d'une certaine obscurité. Au début, la maladie
parcourir sa période d'incubation et faire des progrès con
sans qu'aucun symptôme grave ait attiré l'attention de la

Ces symptômes peuvent être divisés en *rationnels* et *physiques*. Les premiers ont sans doute une grande importance, puisqu'ils permettent de reconnaître la maladie au début, alors que l'intervention chirurgi-

Fig. 292. — Épithéliome limité au col.

cale est encore possible, mais ils sont inconstants, font souvent défaut et n'appartiennent pas exclusivement au cancer. Ajoutons que la négligence, la pudeur des malades les font souvent passer inaperçus.

Les signes physiques sont donc les seuls qui permettent de poser un diagnostic certain, et ils appartiennent malheureusement à la période d'ulcération.

Les symptômes les plus importants peuvent être ainsi énumérés : hémorragies, écoulements, phénomènes sympathiques.

La *douleur* s'observe presque toujours ; mais ce symptôme ne survient généralement qu'à la fin de la maladie, alors que les nerfs eux-mêmes sont atteints de dégénérescence. Elle se présente sous divers aspects, mais elle n'a que très rarement ce caractère lancinant qu'un grand nombre d'auteurs considèrent comme caractéristique du carcinome. Le plus souvent la malade accuse de simples tiraillements dans les aines ou dans les lombes ; d'autres fois, elle se plaint de plénitude

dans le bassin et de gêne vers le périnée et la région sacrée
reste avec raison que Courty insiste particulièrement sur l'a
la douleur dans la première période du développement du c
rin. Notre pratique personnelle nous permet de confirmer l'

Fig. 293. — Cancer végétant de l'utérus.

cet auteur. La plupart du temps l'épithéliome est indolent, n
degré avancé, jusqu'au moment où son volume entraînant un
tation de poids, éveille un sentiment de gêne et de douleu
ulcérations atteignent les nerfs de la région.

L'*hémorragie* a une tout autre importance. Ce signe m
rarement. Chaque fois qu'il survient des hémorragies en
époques, sans qu'il y ait de grossesse, sans que l'on constate
de tumeurs fibreuses de l'utérus, ou de polypes, ou de ces
ments de la muqueuse utérine susceptibles d'être enlevés
tage, on doit penser à une affection organique de la matrice
temps que les premières métrorrhagies, on observe un
muqueux très abondant. Ce signe est à peu près constant.
ment est simplement séreux et n'a aucune odeur, mais à la pé
lorsqu'il y a destruction et élimination des tissus, il s'imprègn
des parties gangrenées et répand une odeur fétide caractér

Lorsque la lésion est très avancée et que le néoplasme a gagné les régions voisines, on observe d'autres symptômes dits de *voisinage*. Le plus fréquent est la péritonite locale qui détermine des adhérences qui immobilisent le corps de l'utérus. Les ganglions et les lymphatiques

Fig. 294. — Cancer végétant de l'utérus. La totalité de l'organe est envahie.

qui sont pris rapidement entourent les gros vaisseaux et déterminent de la phlébite et même de la phlegmatia alba dolens. Dans d'autres cas, les troubles sont plus accentués du côté de la vessie et les malades éprouvent de la dysurie, de la strangurie et de la rétention d'urine. Le rectum participe presque toujours aux désordres de la période ultime. Il n'est pas rare, du reste, de voir la vessie et le rectum perforés par le néoplasme. A.-R. Simpson a publié un cas où le cancer avait obstrué l'orifice utérin et provoqué une énorme dilatation de l'organe; enfin, le sarcome a une tendance à se généraliser dans le péritoine. Péan a insisté sur les *adhérences en doigt de gant* (fig. 295) qui rendent l'hystérectomie particulièrement difficile.

Enfin, surviennent les symptômes cachectiques de l'infection cancéreuse, qui sont trop connus pour être décrits de nouveau.

Grossesse. — Il est bon de rappeler que le cancer, même à un état avancé, n'est pas un obstacle à la conception. Les auteurs signalent

plusieurs cas de grossesses survenues pendant le cours d'un carcinomateuse et même à une période avancée de la m admet généralement, et avec raison, que la grossesse et l ment activent la marche du cancer utérin.

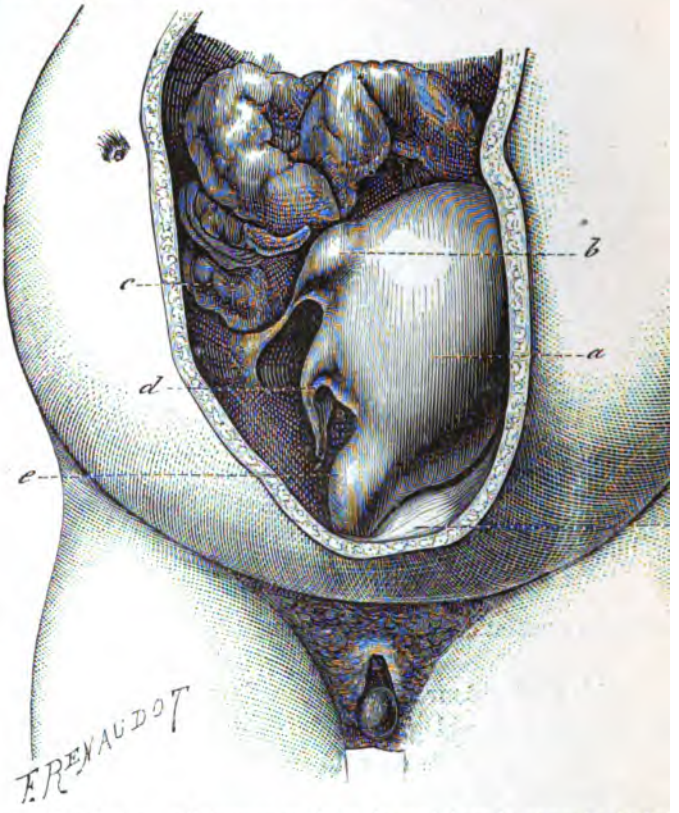


Fig. 295. — Adhérences en doigt de gant dans le sarcome de l'ut
a, corps du sarcome ; *b*, adhérence péritonéale ; *c*, cæcum ; *d*, adhérence ilia
e, corps utérin ; *f*, *s* iliaque.

Signes fournis par le toucher. — Ils sont variables, suiva la nature et le degré d'évolution du néoplasme.

Comme la maladie débute le plus souvent par le col sur se concentre pendant quelque temps, on constate d'abord l' tion de volume du museau de tanche, qui présente à sa s bosselures dures, résistantes, dont la coloration d'un r tranche sur la coloration normale de la muqueuse du col.

Ces bosselures ne tardent pas à se ramollir et à faire p ulcérations que le doigt perçoit facilement. On constate

pertes de substance d'une profondeur variable dont le fond est mollasse et fongueux; d'autres fois, on trouve des excroissances, des végétations anfracteuses et bosselées, plus ou moins pédiculées. Ce dernier signe appartient à l'épithéliome que les auteurs ont décrit sous le nom de *végétant* (fig. 293, 294). Enfin, lorsque l'ulcération a gagné en profondeur et en largeur, le col utérin est transformé en une tumeur irrégulièrement mamelonnée, creusée de sinus profonds qui donnent au doigt la sensation d'une masse granulée, fongueuse et saignante (fig. 292).

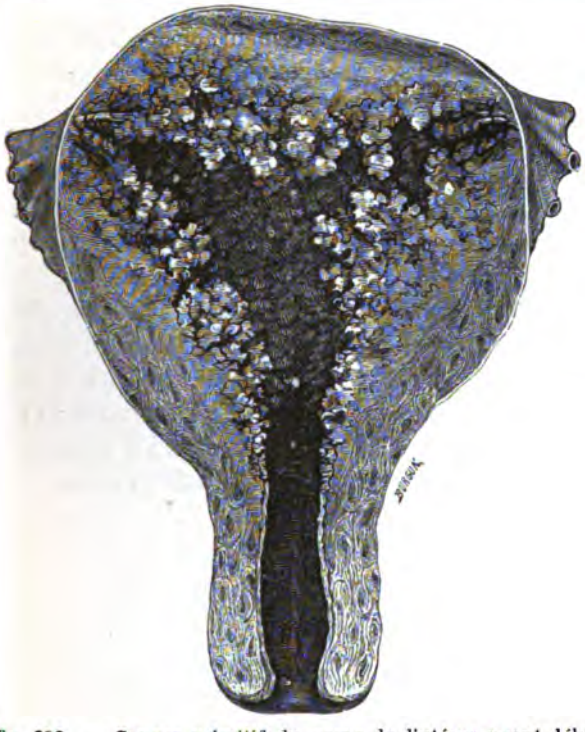


Fig. 296. — Cancer primitif du corps de l'utérus ayant débuté par la muqueuse.

Cancer du corps. — Ces signes locaux ne s'applique qu'au cancer du col; lorsque la maladie débute par la muqueuse du corps (fig. 296) le toucher ne fournit aucun signe important; l'hémorragie et les symptômes généraux appelleront seuls l'attention. Enfin il existe une *forme péritonéale du cancer utérin* (fig. 297) qui ne donne lieu à aucun symptôme local.

Si le *diagnostic différentiel* est, en général, facile à une période

avancée de la maladie, il n'en est pas de même au début, cancer est encore dans sa période latente et ne se traduit q légère hypertrophie des tissus mêmes. Plus tard, lorsqu'il troubles fonctionnels et des signes physiques plus prononc cinome utérin peut encore être confondu avec les phlegma ulcérations du col avec les tumeurs fibreuses et les polypes sur quelques signes différentiels.

Les *tumeurs fibreuses* siègent rarement sur le col ou dans elles sont en général dures, saillantes et ne donnent lieu exceptionnellement à l'état cachectique qu'on observe dans

On peut encore hésiter entre le cancer utérin et les polyp de ramollissement; les sensations perçues par le toucher s gues, il existe dans les deux cas des hémorragies et un é fétide. C'est dans ces cas que l'examen histologique peut êtr quelque utilité pour le diagnostic.

La *durée* de la maladie fournit également un élément im diagnostic. On sait, en effet, que le carcinome est fatal, espace de temps qui dépasse rarement deux années.

Le *pronostic* est presque toujours fatal. La science ne p quelques observations authentiques de guérison d'un cance il est fort probable que les cas qui ont été publiés doivent êt le compte d'une erreur de diagnostic.

TRAITEMENT DU CANCER

Il est surtout chirurgical. Son but principal est d'enlever ment le tissu malade et de prévenir autant que possible la r cet effet, les chirurgiens ont recours à divers procédés : la *d par les caustiques ;* le *curetage ;* l'*amputation du col*, l'*hys* abdominale et vaginale.

La *destruction du tissu cancéreux par les caustiques* es ment employée. Ce traitement est plus médical, et, par c plus à la portée de la généralité des praticiens. Mais nous d que cette méthode n'est pas aussi efficace pour l'utérus que est appliquée aux néoplasmes siégeant sur d'autres org emploi est loin, du reste, d'être inoffensif. Les caustique déterminer une inflammation qui hâte les progrès du can favorise l'extension. Ils peuvent, en outre, étendre leur acti parties saines et donner lieu à des adhérences et à des pl qui aggravent singulièrement la situation. Cependant

tumeur est limitée et que la malade se refuse absolument à l'ablation, ils peuvent être appliqués avec quelques chances de succès. Les caustiques habituellement employés pour la destruction du tissu cancéreux

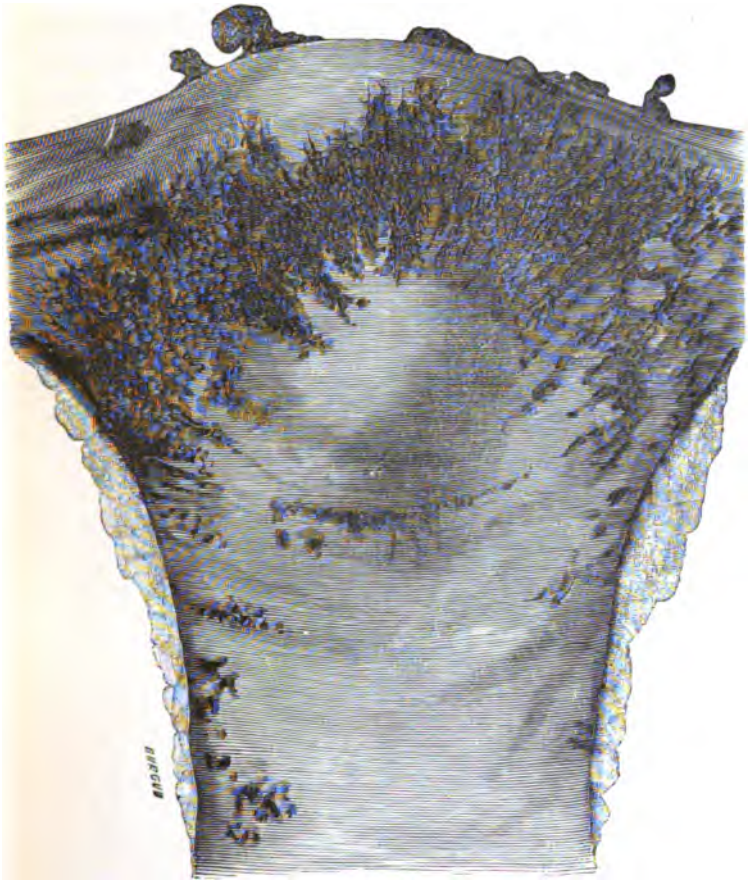


Fig. 297. — Forme péritonéale du cancer utérin (Péan).

du col de l'utérus sont les acides, le nitrate acide de mercure, le caustique de Filhos, la pâte de Canquoin, le fer rouge, le galvano-cautère ou le thermocautère.

Je consacre plus loin un article spécial au traitement non opératoire du cancer.

Vulliet a fait faire un grand progrès au traitement du cancer utérin en introduisant sa méthode de dilatation (p. 133). Cette méthode, qui place l'utérus sous le contrôle de la vue, permet de pratiquer l'excision

ou le raclage des tissus cancéreux et d'appliquer ensuite
risation énergique et efficace, soit avec des agents chimiq
qui est préférable, avec le cautère actuel.

Mais, nous le répétons, ces agents atteignent rarement
se propose, et ont souvent pour résultat d'activer la
néoplasme. Le cautère actuel peut parfois être appliqué
cancer épithélial ; mais il est rare que le chirurgien soit
que la maladie ait déjà fait des progrès relativement co
L'emploi des caustiques ne trouve donc que de rares
dans le traitement du cancer de l'utérus.

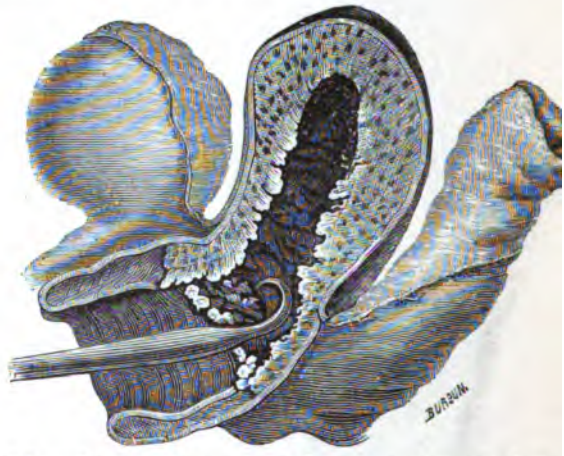


Fig. 298. — Curetage du cancer utérin avec cautère tranchant

Curetage. — On a préconisé de nouveau, dans ce
années, le curetage de la cavité du col atteint d'épithélio
l'affection était trop avancée pour permettre l'amputatio
de traitement a pour but de diminuer les hémorragies,
les progrès de l'infection et d'enlever une masse purul
présence peut déterminer des accidents septicémiques pl
graves.

Nous avons la conviction que le curetage bien appli
utérus largement dilaté retarde considérablement l'évol
maladie. C'est donc une opération à conseiller. On emploi
tranchante de Simon, ou mieux encore la curette flexible
laquelle on peut imprimer la direction correspondant avec
la cavité cervicale. Le curetage doit être suivi d'un
aseptique et d'un bon tamponnement iodoformé. Les règl

avons données pour la pratique du curetage utérin (p. 135) trouveront ici leur application.

Péan a proposé l'ablation des tissus cancéreux par le curetage à l'aide du cautère tranchant. C'est une opération qui est pratiquable lorsque l'utérus est préalablement dilaté et que les parois ont encore une épaisseur suffisante pour ne pas craindre la perforation (fig. 298).

Il faut toujours faire un tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée après le curetage.

Ablation par l'écraseur. — *L'écraseur* et *l'anse galvano-caustique* présentent des avantages pour l'ablation des tumeurs cancéreuses du col ; mais ces instruments ont beaucoup perdu de leur

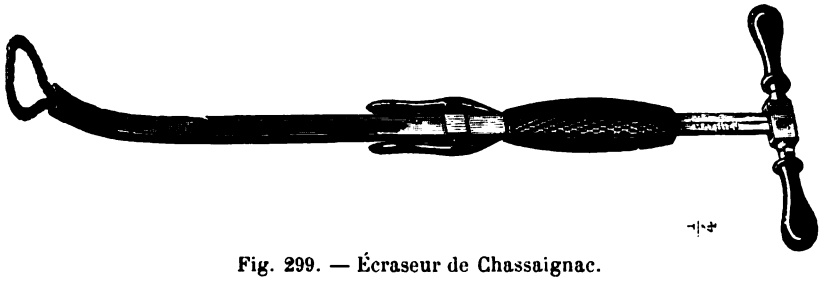


Fig. 299. — Écraseur de Chassaignac.

vogue depuis l'introduction de l'hystérectomie ; ils ne doivent être employés que lorsque la tumeur cancéreuse n'a pas encore envahi la totalité du col. Si l'on doit enlever une portion notable de tissus, il est bien difficile de limiter le champ d'action de la chaîne ou de l'anse. Tous les chirurgiens familiers avec ces instruments ont remarqué que, lorsqu'on exerce une traction sur le col pendant la section, la surface amputée forme un cône creux et qu'on enlève une portion beaucoup plus considérable de tissus. Cela n'aurait aucun inconvénient dans certaines régions, mais il faut se souvenir que le péritoine et la vessie sont dans le voisinage. Il suffira de rappeler que des perforations vésicales et péritonéales ont eu lieu avec la chaîne pour mettre le chirurgien en garde contre de tels accidents.

Amputation du col. — Déjà pratiquée par Ambroise Paré et les chirurgiens qui l'ont suivi, elle a été remise en honneur par Lisfranc, puis par des auteurs plus modernes parmi lesquels il nous suffira de citer Huguier et Sims.

L'amputation du col, ne présentant pas d'indications spéciales et n'étant pas uniquement appliquée au traitement du cancer utérin, sera

décrite dans un chapitre distinct ; nous nous bornerons à
ne convient que dans la première période de l'épithélion
la tumeur est absolument limitée au col, et qu'on peut s
lité du néoplasme en même temps qu'une partie du tissu
quer la réunion immédiate des tissus.

Depuis l'introduction dans la thérapeutique gynéc
l'hystérectomie, les indications de l'amputation du col so
plus restreintes.

Le véritable traitement opératoire du cancer utérin es
tomie par la voie vaginale ou abdominale. Nous allons
avantages que présentent chacune de ces méthodes.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie vaginale
dérée comme l'opération de choix pour le cancer du col
par Récamier elle a été remise en honneur par Czerny
puis définitivement introduite en France par Richelot
perfectionnements apportés dans le manuel opératoire
dernières années ont réduit la mortalité à un minimur
aujourd'hui entre 6 et 12 p. 100 (Legueu).

Mais ce sont surtout les *survies* qu'il faut considérer.

Si en général l'opération est suivie d'une récidive
après quelques mois, il existe de nombreux cas authen
malades ont survécu huit et dix ans après l'opération ; j
cas authentique de survie après sept ans.

Il y a donc des faits incontestables de guérison durabl
dives rapides, observées dans des cas où le néoplasme
les tissus péri-utérins, ne suffisent pas pour jeter le discr
opération.

Nous devons cependant reconnaître qu'elle est moi
aujourd'hui depuis les progrès apportés dans la techniq
rectomie abdominale totale (voy. p. 335).

Hystérectomie sacrée. — Proposée en 1889 par Hoc
quée en France par Terrier et Michaux, l'hystérectomi
appliquée à quelques cas de cancer dans lesquels l'
abdominale paraissait difficile pour permettre d'enleve
temps que l'utérus, une certaine zone de tissus suspects

Nous ne pensons pas que cette opération puisse êt
avec avantage à la voie abdominale et vaginale. Le n
toire est long, compliqué et laborieux ; il faut réséquer

sacrum, et produire un traumatisme dont la guérison demande de cinq à six semaines.

Les observations publiées démontrent du reste que la récidive est presque constante.

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE APPLIQUÉE AU CANCER, TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Proposée par Freund il y a vingt ans, l'ablation de l'utérus cancéreux par l'abdomen avait été abandonnée par suite de son extrême gravité.

Le perfectionnement de la technique opératoire appliquée aux utérus fibromateux a donné lieu, dans ces dernières années, à d'heureuses tentatives. P. Reynier a fait connaître au congrès d'Amsterdam (1899) les résultats obtenus par l'hystérectomie abdominale dans le cancer utérin; ils sont plus qu'encourageants.

Il est incontestable que l'hystérectomie abdominale permet d'opérer au grand jour et étend le champ de l'intervention aux ligaments larges et même à une partie du vagin.

Ces diverses opérations ne s'appliquant pas exclusivement au traitement du cancer utérin seront plus utilement décrites lorsque nous auront terminé l'exposé des affections dont elles constituent la thérapeutique radicale.

Dans un remarquable rapport communiqué au *Congrès français de chirurgie* (octobre 1899), Ricard a magistralement exposé les indications et les avantages de l'hystérectomie abdominale appliquée au cancer utérin. Nous reproduisons une partie de cet important travail. On verra que l'auteur est partisan à peu près exclusif de l'opération abdominale. Ce n'est pas là l'opinion de tous les gynécologues; le mémoire de Ricard n'en constitue pas moins l'exposé le plus clair et le plus récent que nous possédions sur la question.

L'auteur distingue le *cancer du col* et le *cancer du corps*.

Cancer du corps. — « Il faut distinguer, dit Ricard, dès le début, deux variétés de siège dans le cancer utérin, suivant qu'il se développe dans le corps de l'organe ou dans le col.

« Le cancer du corps, plus rare, doit être enlevé par voie abdominale. Pour cette variété anatomique, aucun doute; les partisans les plus tenaces de la voie basse reculent aujourd'hui devant l'extirpation

par la voie vaginale de cette masse friable, sanieuse, sep l'exérèse est pénible, longue, malpropre et s'accompag d'hémorragies difficiles à maîtriser.

« Nous n'insisterons donc pas, et de suite nous pouvon conclusion ferme que nous considérons comme acquise : *du corps de l'utérus, justiciable d'une intervention, doit par la voie abdominale.*

« Je ferai seulement remarquer que le col étant, dans portion solide et résistante de l'utérus, c'est sur lui qu'il f point d'appui aussitôt que possible. Il convient d'éviter dan temps, d'enserrer le tissu friable du corps utérin dans des pressives ou d'enfoncer un tire-bouchon qui ne donne prise sérieuse, déchirerait l'utérus et infecterait le péritoin est d'excercer les tractions par l'intermédiaire des ligame plantation des trompes utérines et d'aller le plus rapidem ouvrir un des culs-de-sac, celui que l'on voudra pour met col, prendre prise sur lui, le désinsérer et enlever l'utér cule, de bas en haut.

« La recherche des ganglions, cela va sans dire, doi mieux précéder l'extraction de l'utérus. »

Cancer du col. — Au point de vue opératoire le ca utérin peut être envisagé à trois périodes :

1° Tout à fait au début, le col seul est pris, l'utérus est petit bassin cliniquement indemne ;

2° A une période plus avancée, la lésion a envahi les en un ou plusieurs points ; l'utérus a perdu, mais incompl mobilité ; la base d'un des ligaments larges paraît envahie bien qu'ayant dépassé le col, paraît encore limitée et acc

3° Les cas où le petit bassin paraît être pris, les culs-d naux, l'utérus fixé, etc.

Bien que, je le répète, cette division soit tout artifici notamment, il soit difficile de faire un départ exact entre l et la troisième variété, elle sera cependant utile pour jalo cussion, et établir des conclusions nettes.

a. La première catégorie est de beaucoup la plus inté s'agit du cancer au début, bien limité, avec un utérus ligaments larges souples, des culs-de-sac vaginaux intact

Ici, deux variétés de traitement peuvent être mis en pa l'hystérectomie abdominale totale :

L'amputation supra-vaginale du col;

L'hystérectomie totale vaginale.

L'amputation partielle du col ne peut avoir pour prétention que d'être une bonne opération palliative. Les statistiques anciennes nous montrent toutefois des survies incontestables qui prouvent que, *au hasard* de certains cas, cette extirpation partielle a enlevé le mal complètement, et que par une chance heureuse, mais exceptionnelle, cette extirpation partielle a été totale.

L'amputation partielle du col a pour elle une bénignité et une facilité incontestables ; son inefficacité seule l'a fait abandonner. C'est sur cet unique argument que les partisans de l'hystérectomie vaginale totale ont pu faire rejeter cette amputation comme insuffisante ; l'hystérectomie n'a pu exister que parce qu'elle avait la prétention de pouvoir être radicale et de donner une survie plus grande : c'était la seule raison de sa supériorité sur sa rivale d'alors, l'amputation supra-vaginale du col.

Or les partisans de l'hystérectomie abdominale prétendent que la voie vaginale, qui laisse les ganglions lymphatiques, n'est pas plus radicale que l'amputation du col ; en enlevant plus de tissus, elle a simplement des chances d'être plus souvent complète. Mais c'est une opération de hasard, laissant inexplorée la cavité pelvienne et n'ayant de radicale que l'étiquette.

Dans le cancer du col, même limité, il existe des ganglions malades sous le péritoine pelvien. Ils sont presque constants dans les cas de cancer étendu.

Une opération qui de parti pris respecte la zone ganglionnaire sans l'explorer, qui néglige les adénopathies qui peuvent exister, n'est et ne saurait être qu'une opération palliative.

En résumé, même *lorsque le cancer du col est au début, la zone ganglionnaire peut être déjà envahie, et le devoir étroit du chirurgien est d'y aller voir.*

L'hystérectomie vaginale qui la laisse de côté est donc une opération incomplète.

Si les partisans de l'hystérectomie vaginale tiennent encore, dans ce cas, pour leur opération favorite, c'est qu'elle est facile, rapide et relativement bénigne. Ils n'osent pas abandonner une opération qu'ils possèdent si bien.

Conclusion : *dans le cancer limité du col, l'hystérectomie abdominale a son maximum d'indication, car elle présente dans ces ca-*

au début son maximum d'innocuité, son maximum de donne les chances maxima d'éradication radicale.

b. Dans la deuxième catégorie de cancers, ceux qui limite des cas opérables par la voie vaginale, l'hystérect minale maintient sa supériorité.

La voie vaginale devient difficile, périlleuse souvent, pre tamment incomplète, et l'on peut dire que la récidive n alors, mais presque toujours on assiste à la continuation dôme vaginal n'est pas plutôt cicatrisé, s'il se cicatrise, qu trations nodulaires marquent les progrès ininterrompus d

L'hystérectomie abdominale, au contraire, a sur sa rival tages considérables. L'opération est facilitée par la prise sol aux instruments le corps intact et résistant de l'utérus.

Par l'abdomen ouvert, il voit l'uretère normal ou enserr infiltration qu'il ne soupçonnait pas, envahi et dilaté ; il re ganglions infiltrés ; son action est limitée, précise, elle il faut, juste ce qu'il faut et n'a rien d'aveugle. Elle perm fier un diagnostic insuffisant et de ne pas entreprendre un que des lésions trop avancées mais insoupçonnées cliniqu reconnaître comme inutilement meurtrière. En d'autres ter térectomie abdominale recule les limites de l'opération po elle permet d'entreprendre une guérison qu'on n'oserait sans se départir de la saine prudence, si l'on persiste à at la voie vaginale.

c. Dans les cas graves, avec infiltration des ligaments, a presque fixe, large envahissement vaginal, lorsque l'uretère ou menacé, des chirurgiens hardis ont entrepris non plus tomie seule, mais une opération complexe, véritable évid vien, avec dissection des uretères, extirpation des ligament cellulaire, des lymphatiques et des ganglions.

L'opération devient ici plus grave. Ses résultats valaient- de pousser l'audace opératoire à de telles limites ? L'ave que l'on peut attendre de la voie abdominale, encore à d'expérimentation. Bien que la tendance générale soit d'a ces cas trop étendus, il est inopportun de porter un juge nitif.

Modification de la technique de l'hystérectomie pour La laparo-hystérectomie pour cancer ne peut être tentée q la position inclinée de Trendelenburg et à l'emploi de la

abdominale. Les temps sont les mêmes que dans l'hystérectomie pour fibromes. Mais dans son ensemble, l'opération est plus difficile. L'utérus a souvent perdu sa facilité d'ascension sous l'influence des tractions ; il reste au fond du pelvis maintenu par un vagin rétracté, par un paramètre durci, des ligaments larges inextensibles et souvent plus dégénérés que l'examen clinique ne l'a fait croire. L'un des uretères ou les deux sont souvent dans un tissu friable, où l'hémostase est difficile, l'artère se sectionnant ou s'arrachant sous la pince. Pour peu que les parois abdominales soient épaisses, et le chloroforme incorrectement administré, on doit reconnaître que l'hystérectomie abdominale pour cancer présente parfois de réelles et de très grandes difficultés.

Mais ces difficultés peuvent être diminuées tant par l'expérience que le chirurgien a acquise, que par de petits détails de technique opératoire sur lesquels je vais insister.

Dans les cas simples, on doit se conduire comme lorsqu'il s'agit de fibrome, donner cependant plus de soins à l'isolement de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin.

L'ouverture de la cavité utérine ou de la cavité vaginale, toutes deux très septiques, nécessitent une protection minutieuse du péritoine et des anses intestinales bien recouvertes par un large champ de compresses aseptiques.

Il est bien entendu que, pendant les jours qui précèdent l'intervention, il conviendra d'assurer une asepsie aussi complète que possible de la cavité vaginale et de la surface bourgeonnante du col utérin. On aura recours à des lavages répétés, des cautérisations, des grattages successifs, des pansements fréquents. Un nettoyage rigoureux aura lieu immédiatement avant l'opération, dès que la malade sera sous le chloroforme.

Dès le ventre ouvert et la masse intestinale réclinée et protégée, le chirurgien doit juger si le cas est vraiment opérable, reconnaître par conséquent l'extension du mal, explorer les uretères, les ligaments et, dans l'affirmative, procéder de suite à la recherche des ganglions. Il paraît plus facile de les extraire avec méthode dès le début de l'opération, avant l'extirpation de l'utérus.

Si le ligament large est envahi, si le doigt qui explore et précède les instruments sent la moindre induration sur les côtés du col, il est de toute nécessité de disséquer l'uretère et de *voir* si l'on peut le libérer ou s'il est envahi. Quitte à se décider, dans ce dernier cas, à ne pas pousser plus loin l'opération, ou bien à créer séance tenante

une *urétéro-cysto-néostomie*, comme je l'ai fait, après d'au
rateurs. Cette découverte de l'uretère s'impose pour s'éviter
mécomptes.

Enfin, dans les mêmes cas, il me paraît prudent de rec
ligature provisoire ou définitive des deux hypogastriques q
le champ opératoire remarquablement exsangue. Cette
exécutée par quelques chirurgiens, conseillée par M. Faur
extraordinairement la bonne direction de l'acte opératoire.

Cette hémostase préalable, cette dissection des uretères,
ration de la vessie, permettent au chirurgien d'aller hard
dehors des tissus indurés dont il dépasse les limites et de
extirpation aussi large que possible.

Malgré cela, la libération de la zone néoplasique quand le
envahi n'est pas toujours facile, et c'est pour cette raison
voit quelques chirurgiens recourir à des procédés mixtes,
d'emblée comme M. Reynier, qui circonscrit la lésion va
thermocautère dans un premier temps et passe ensuite à l'
les autres n'ont recours à la voie vaginale que secondairem
extirper un moignon néoplasique trop profondément situé
facilement atteint par la voie haute, le chirurgien ne pou
opérer que du bout des doigts, dans une cavité rétrécie par
des compresses. Il peut y avoir intérêt, dans ce cas, à ter
en bas et facilement l'extirpation d'un résidu cervical qu
section périphérique a rendu mobile et facile à invaginer
traction exercée par la voie vaginale. Ces procédés mixte
raient néanmoins constituer qu'une méthode de nécessité
manœuvre d'exception, imposée au chirurgien par les circo
mais non une méthode générale.

La question du *drainage* me paraît ici avoir une importa
tale. Sauf dans les cas très simples, où l'occlusion périton
être discutée, je pense que le large drainage est une ga
succès. C'est ce qui donne à la voie vaginale sa sécurité.

Dans les cas ordinaires, je draine par le vagin à l'aide d'
mineux tube en caoutchouc entouré de gaze aseptique, et si l'
a été laborieuse, s'il y a eu de grandes décortications, si la
vienne est large et anfractueuse, je complète par un draina
minal, en interposant entre le drain et l'intestin une compre
tique étalée, dont la pointe sort par la partie inférieure de
abdominale, derrière le drain.

Telles sont quelques particularités de technique que l'av

fectionnera et modifiera sans doute, améliorant encore la statistique dans ses résultats immédiats et consécutifs.

« En résumé, dit M. Ricard, l'hystérectomie abdominale totale pour cancer est l'opération de choix pour les cas simples, observés tout à fait au début ; elle permet une extirpation large et l'ablation des ganglions pelviens. Sa mortalité tend à s'abaisser de plus en plus et nul doute que cette progression ne continue dans l'avenir. Sa mortalité est à peu près égale actuellement à celle de la vagino-hystérectomie et ses résultats éloignés paraissent dès maintenant meilleurs ; ils s'amélioreront encore certainement pour les cas simples.

« Pour les cas moyens, la laparo-hystérectomie se substitue à la vagino-hystérectomie ; elle recule les limites de l'opérabilité dans les cas où celle-ci ne permettrait pas l'intervention.

« Dans les cas graves très étendus, le chirurgien doit savoir s'arrêter, les récidives paraissent rapides, et si l'opération nécessite de gros dégâts, l'hystérectomie doit céder la place au traitement palliatif.

« L'hystérectomie vaginale ne peut être envisagée désormais que comme opération palliative ; elle supprime l'utérus et laisse, de parti pris, les ganglions. Elle a pour elle sa facilité opératoire, lorsque la lésion est tout à fait limitée au col. Cette facilité d'exécution lui conserve des défenseurs. »

Faut-il opérer le cancer pendant la grossesse ?

Dans les cas où la tumeur est trop étendue pour être opérée il faut laisser continuer la grossesse sans intervenir en appliquant seulement la thérapeutique aseptique médicale que nous décrirons plus loin.

Mais lorsque le cancer n'est que dans sa première période d'évolution, lorsqu'il est strictement limité à l'utérus, tous les chirurgiens sont d'avis d'intervenir.

Trois cas se présentent :

La grossesse n'a pas dépassé le 3e mois ; c'est l'hystérectomie vaginale qui est indiquée ; mais il est rare que le diagnostic soit fait pendant cette période, l'augmentation du volume de l'utérus étant généralement attribuée à l'extension de la tumeur.

Après le 4e mois, c'est l'hystérectomie totale qui est applicable ; Bouilly conseille dans ces cas de provoquer au préalable l'accouchement.

Enfin, après le 7e mois, l'opération césarienne, immédiatement suivie de l'hystérectomie, répond aux indications qui consistent à sauver la vie de la mère et de l'enfant. Il n'est pas nécessaire de dire

que, dans ces cas, l'opération est extrêmement grave. Les interventions pratiquées dans ces conditions ont presque to fatales pour la mère ; elles ont souvent sauvé l'enfant.

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DU CANCER UTÉ PANSEMENTS. — ASEPSIE DU VAGIN

Tout ce que je viens de dire s'applique plutôt au traiteme gical du cancer; mais tous les praticiens ne sont pas d rectomistes ; toutes les malades n'acceptent pas les int capitales ; enfin il arrive trop fréquemment que les malades trouver le médecin alors que toutes ressources de la grande sont inapplicables. C'est pour ces diverses raisons que je traitement non opératoire du cancer utérin.

Il y a d'abord les *moyens palliatifs*. Le curetage, la cau au fer rouge que nous avons mentionnés plus haut rentrent catégorie ; il faut y ajouter diverses méthodes récemme nisées.

Injections d'alcool absolu. — Vulliet a obtenu d'excell tats en injectant dans le tissu utérin de l'alcool absolu da pourtour des points indurés. Je me suis moi-même très bi de ce traitement. On répète les injections tous les jours ; une pleine permet de faire cinq à six injections. L'emploi d absolu convient surtout dans le traitement du cancer du également applicable au cancer du vagin.

Cautère actuel. — Le *fer rouge* est préférable aux chimiques ; il convient après le curetage lorsque l'utérus es est surtout applicable lorsque les noyaux cancéreux sont étayés par une certaine épaisseur de tissus sains. Il doit avec prudence, de façon à éviter les perforations. Il faut les cautères actuels, le thermocautère étant insuffisant. Voici je procède :

La malade est placée dans la position genu-pectorale ; je pr ou trois cautères olivaires que je fais chauffer sur une lamp j'applique le speculum de Sims et je badigeonne toutes l saines et morbides avec une solution de :

Chlorhydrate de cocaïne.	1 gram
Eau distillée	10 —

J'applique ensuite une autre valve de Sims, de façon à isoler les parois vaginales.

Je procède ensuite à la cautérisation, qui doit être faite avec mesure et sans précipitation. Si l'on ne touche pas les parties saines, l'opération n'est pas dangereuse et peut être pratiquée sans anesthésie.

L'opération terminée, je fais un grand lavage avec une solution faible de sublimé à 1 p. 10 000, et je tamponne tout le vagin avec de la gaze iodoformée.

Il faut renouveler ce traitement à plusieurs semaines d'intervalle selon les progrès de la maladie.

Traitement par le violet et le bleu de méthylène. — Introduit par Mosetig, ce traitement consiste à faire des injections interstitielles de bleu de méthylène (solution à 5 p. 100) à l'aide d'une seringue de Braun dans la cavité utérine après avoir au préalable enlevé les bourgeons cancéreux avec la curette. Ces injections sont renouvelées tous les deux jours et suivies de l'application de tampons imbibés de la même solution.

C'est un traitement palliatif qui présente l'avantage de maintenir la cavité utérine dans un état d'asepsie relatif.

Traitement par le carbure de calcium. — Préconisé par Guinard en 1896, ce traitement consiste à introduire un morceau de carbure de calcium du volume d'une noix dans le fond du vagin. Au contact de l'eau le carbure se décompose en gaz acétylène et en oxyde de calcium ; aussitôt qu'on voit bouillonner le gaz on bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée de façon à retenir l'acétylène au contact des tissus morbides.

Trois jours après on enlève le tampon de gaze et on fait un grand lavage avec la solution de sublimé au millième ; il est nécessaire de détacher avec une curette mousse les fragments d'oxyde de calcium qui se sont incrustés dans le néoplasme.

D'après son auteur, en qui j'ai toute confiance, cette méthode combat avantageusement les hémorragies et la leucorrhée fétide.

Asepsie du vagin. — C'est surtout dans le cancer qu'il importe de maintenir le vagin et même la cavité utérine dans un état d'asepsie aussi parfait que possible. En agissant ainsi, on retarde l'auto-infection et on prolonge la vie des malades.

L'asepsie s'obtient par des injections, des applications de tissus tenant en suspension des antiseptiques et par des poudres.

Injections. — Elles doivent être fréquentes et copieuses, tituer de véritables irrigations pour entraîner tous les pro décomposition. Le sublimé au 1/5000, le permanganate d au millième, agissent surtout comme désinfectants ; il conv fois d'ajouter à l'injection des éléments modificateurs des tiss ces cas, je prescris :

Acide picrique.	10 gramme
Eau	1 litre.

Ou :

Résorcine.	20 gramme
Eau	1 litre.

Ces injections doivent être faites par le médecin, qui a u préalable le speculum de façon à découvrir les tissus m à bien déterger et éliminer les produits morbides.

L'injection faite, on appliquera un tampon d'ouate, imbi solution suivante :

Hydrate de chloral.	2 gramme
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr.
Eau	20 gramme

Lorsque la maladie siège dans le corps de l'utérus, j'inj le col quelques gouttes de la mixture suivante :

Bichlorure de mercure.	20 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme
Eau	10 —

Ou une bougie à l'iodoforme :

Iodoforme	10 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	5 —
Beurre de cacao.	50 —

pour une bougie de 5 centimètres de longueur.

Pansements pulvérulents. — Ils présentent l'avantage d parties malades, d'absorber les sécrétions et d'éviter aux ma affaiblies des injections et des pansements trop fréquents. Je les agents pulvérulents comme la meilleure médication locale fectante à appliquer au cancer utérin. Ils procurent un grand

ment et font cesser immédiatement l'irritation vulvaire qui résulte des sécrétions, que les plus grands soins de propreté ne permettent pas toujours d'éviter.

Dans certains cas, j'emploie une poudre à la fois désinfectante et substitutive.

Iodoforme	40 grammes.
Sulfate de cuivre	10 —
Sulfate de morphine	4 —

Lorsque l'action caustique n'est plus nécessaire, j'emploie une formule simplement désinfectante :

Salol	4 grammes
Lycopode, Tanin	ää 10 —

Ou :

Iodoforme, Charbon pulvérisé	ää 20 grammes
Sulfate de quinine	2 —
Essence de menthe	XV gouttes

Ces poudres ne peuvent être appliquées qu'avec le speculum ; on en projette une certaine quantité sur le col et on la maintient en place avec un tampon de gaze iodoformée. Dans certains cas, on peut laisser le pansement quarante-huit heures et même plus sans le renouveler.

Les pansements vaginaux avec des tissus tenant en suspension des médicaments peuvent rendre des services dans le traitement du cancer. Je les emploie pour maintenir en place les topiques pulvérulents. L'ouate ou la gaze iodoformée méritent la préférence. Dans les cas où l'odeur de l'iodoforme ne peut être tolérée, j'emploie la gaze au salol ; mais, outre que le salol n'a pas les propriétés désinfectantes de l'iodoforme, il présente l'inconvénient de déterminer de l'érythème et des démangeaisons.

Médication interne. — Elle a surtout pour but de combattre les hémorragies et de calmer la douleur.

Hémorragies. — En dehors du raclage, des cautérisations et du tamponnement, qui constituent le meilleur moyen de combattre les

hémorragies, il y a lieu, dans certains cas, d'employer à les médicaments réputés hémostatiques.

Je prescris chez les cancéreuses :

Ergotine	2 g
Poudre de digitale	} ää 20 c
Extrait de jusquiame	}

Pour 20 pilules, de 4 à 6 par jour.

Ou :

Extrait de chanvre indien	50 centig
Ergotine	4 gram
Extrait liquide d'hamamélis	8 —
Sirop de ratanhia	30 —
Eau distillée	90 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Calmer la douleur et soutenir les forces vitales. — A cament ne vaut la morphine en injections hypodermique plus de quinze ans que je conseille à mes confrères de *mor ser* les femmes atteintes de cancer utérin inopérable. J'ai c tré l'action élective que possède la morphine sur l'utéru tissant la circulation, diminuant les hémorragies et e considérablement l'évolution de la maladie.

Il faut donc s'efforcer de rendre morphinomanes les fem reuses. J'ai publié de nombreuses observations de ca dans lesquelles ce traitement a donné une survie inespér

J'ajoute souvent l'opium et la belladone à la morph forme de suppositoires :

Beurre de cacao	3 gram
Extrait de belladone	1 milli
Extrait thébaïque	2 centi

Lorsque la cachexie indique qu'il existe de la résor lente, je me suis bien trouvé de l'acide phénique en inje cutanées :

Acide phénique neigeux	50 centi
Eau distillée	40 gram

Pour une injection hypodermique chaque jour.

La teinture de thuya, que j'emploie dans le même but, a même la réputation de combattre la diathèse cancéreuse lorsqu'elle est prise à l'intérieur. Je l'associe à l'arsenic :

Teinture de thuya	4	grammes.
Liqueur de Fowler	2	—
Sirop de gomme	30	—
Eau	60	—

Une cuillerée à café avant chacun des deux principaux repas.

CHAPITRE IV

LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS (SUITE)

II. — TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Désignées également sous les noms de *corps fibreux*, *fibromes*, *fibroïdes*, *fibro-myomes*, ces tumeurs sont constituées par des productions pathologiques de nature spéciale, qui se développent le plus souvent dans le tissu même de l'utérus.

Le plus souvent arrondies ou globuleuses, ces tumeurs peuvent également être coniques, piriformes, en massue ou même allongées. Quand elles viennent à se confondre ou à se sonder ensemble, elles forment une masse irrégulière ou bosselée. En général, on peut dire que toutes les fois que les corps fibreux sont renfermés dans le tissu utérin, ils sont sphériques, globuleux ou aplatis ; toutes les fois qu'ils sortent de l'utérus pour se développer soit dans le vagin, soit dans l'abdomen, ils ont une tendance à prendre la forme ovoïde ou piriforme.

Le *volume* des fibromes est très variable. On en rencontre depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'adulte. On a même observé des corps fibreux du poids de 50 livres et plus (fig. 300).

Suivant le siège qu'ils occupent, ils ont été divisés en trois espaces : ils restent ensevelis dans la paroi utérine, ils y sont logés incorporés ou comme enchatonnés, ce sont les *corps fibreux interstitiels* (fig. 301); ils émergent de la couche périphérique et constituent les *corps fibreux sous-péritonéaux* (fig. 316, p. 361) ; enfin, ils font saillie dans l'intérieur de la cavité utérine, et prennent le nom de *corps fibreux sous-muqueux* (fig. 318, p. 368).

Anatomie pathologique. — Les noms divers qui ont été donnés aux corps fibreux montrent les idées différentes qui ont eu cours sur leur structure. Lebert et Vogel ont été les premiers à constater la présence des fibres cellules musculaires dans les tumeurs fibreuses. Ces auteurs

considéraient le fibroïde comme formé de deux éléments étant caractérisés par la présence de noyaux appartenant en propre aux fibres musculaires de la vie organique.

D'après Robin, les fibres cellules musculaires sont plus grosses

Fig. 300. — Déformation de l'abdomen produite par un fibrome ; le plus volumineux observé jusqu'à ce jour (Stockard).

que celles de l'utérus à l'état de vacuité, mais plus petites que l'utérus gravide ; elles constituent une moitié ou un quart de la masse morbide ; le reste est formé de la matière amorphe, finement granuleuse, tenace, demi-solide, qui unit les fibres du tissu cellulaire et les fibres cellules. En somme, la structure des tumeurs fibreuses est analogue à celle du tissu utérin (fig. 303, p. 352).

Les fibroïdes sont très peu vasculaires par eux-mêmes : on trouve à leur périphérie un réseau vasculaire sûrement veineux qui commu-

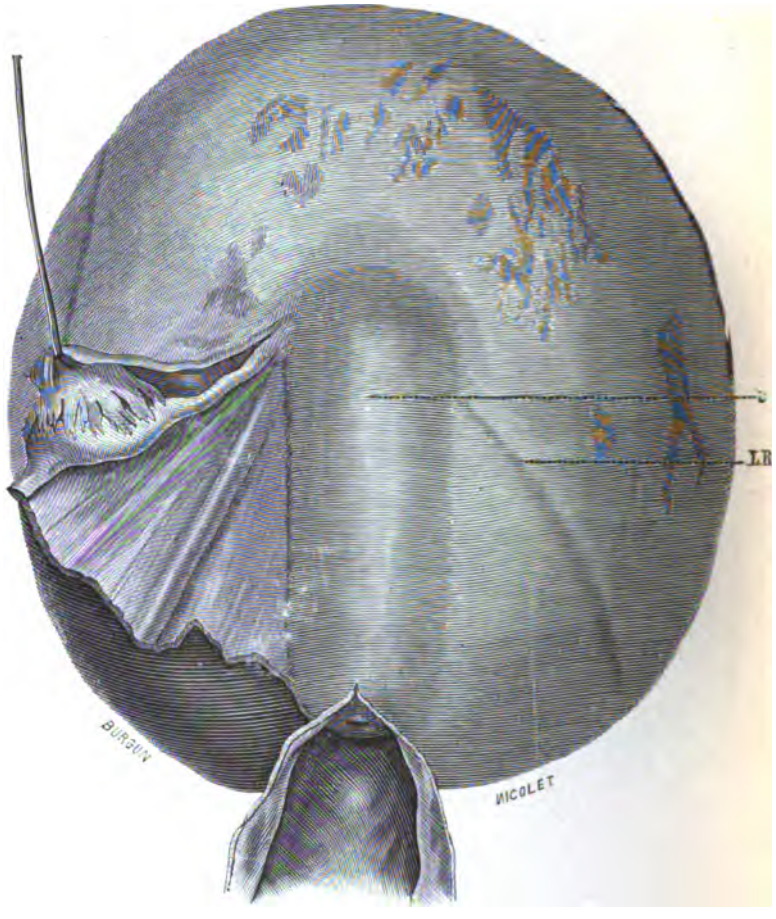


Fig. 301. — Fibrome interstitiel de la paroi postérieure ayant déterminé l'hypertrophie verticale et transversale de l'utérus.

U, utérus ; L R, ligament rond.

nique avec les veines de l'utérus, mais aucune artère ne paraît pénétrer dans leur tissu. Ces tumeurs ont donc une existence parasitaire et puisent les éléments de leur nutrition par voie d'imbibition dans les tissus qui les environnent.

Il y a cependant lieu de faire une exception pour les fibromes angiomateux et érectiles qui présentent une grande vascularité (fig. 306).

Tels sont les caractères ordinaires des corps fibreux. Mais, à côté

des *types*, il existe de nombreuses variétés qui sont la conséquence

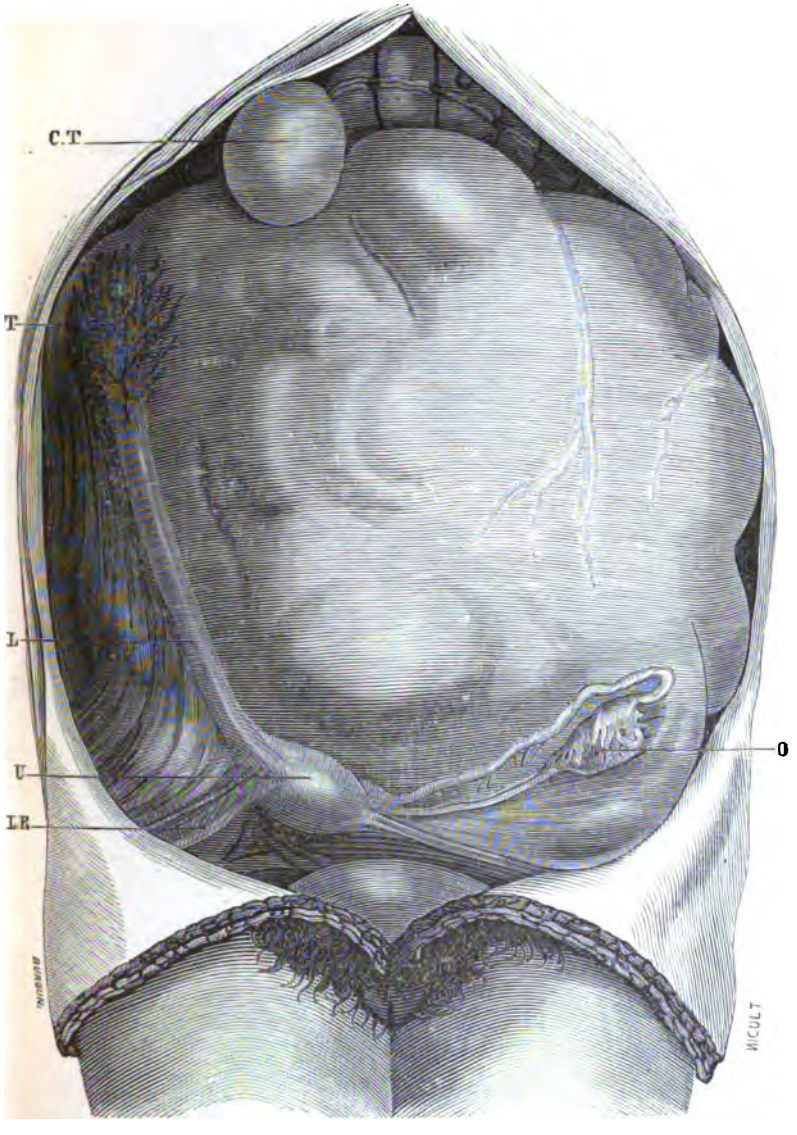


Fig. 302. — Gros fibrome pédiculé du fond de l'utérus enlevé par l'hystérectomie (Péan).
U, fond de l'utérus ; O, ovaire ; L, ligament large ; T, trompe ; L R, ligament rond.

des diverses dégénérescences qu'ils subissent. C'est ainsi qu'on observe des fibromes ayant subi la *dégénérescence graisseuse* (fig. 304).

d'autres qui deviennent *angiomateux érectiles* (fig. 307) ; d'autres pré-

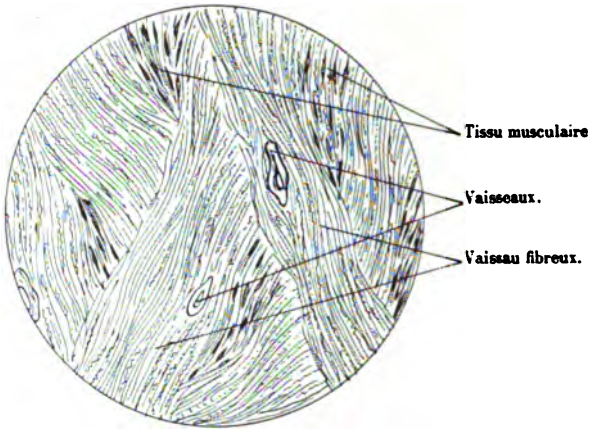


Fig. 303. — Histologie du fibro-myome de l'utérus.

sentent dans leur structure des petites cavités désignées sous le nom

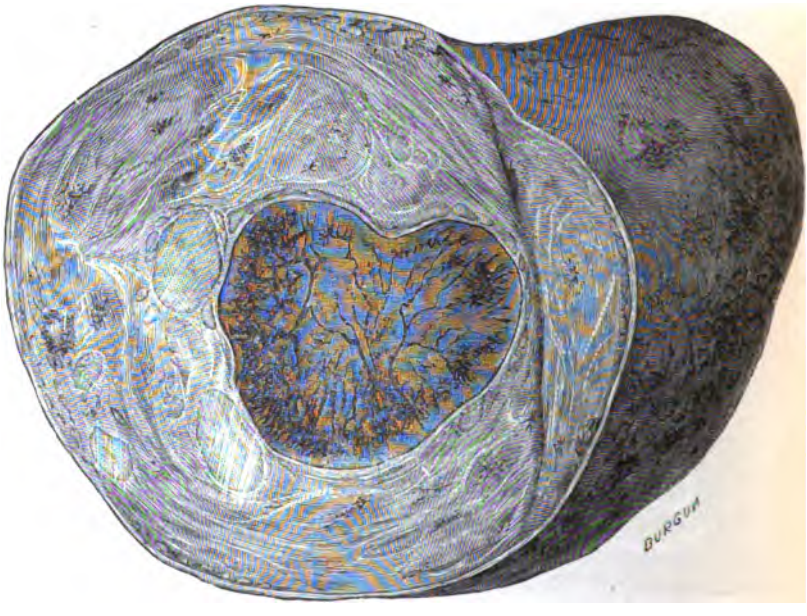


Fig. 304. — Fibrome ayant subi la dégénérescence graisseuse.

de *géodes* (fig. 308) ; enfin, ils peuvent subir une transformation calcaire (fig. 310).

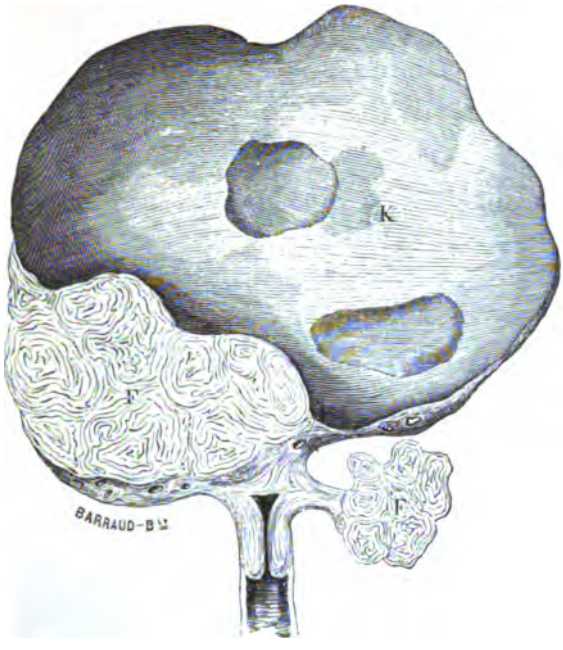


Fig. 305. — Coupe d'un fibro-kyste du corps de l'utérus.
K, kyste ; F, fibrome.

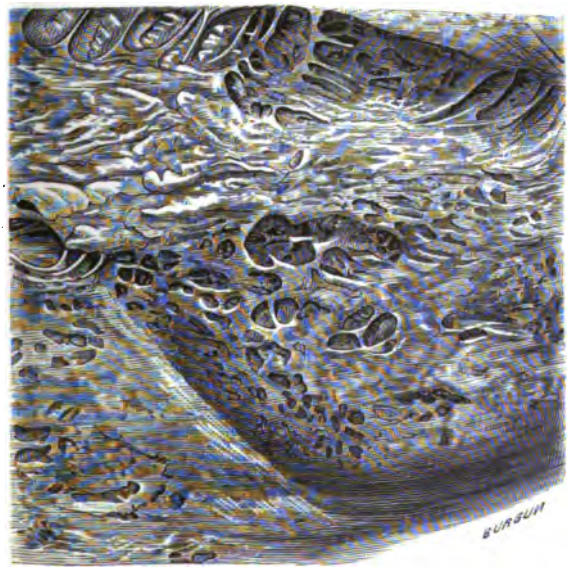


Fig. 306. — Coupe d'un fibrome érectile.

Nous avons vu plus haut, en traitant du sarcome utérin, que les

tumeurs fibreuses peuvent subir la *dégénérescence sarcomateuse;* dans ce cas les tumeurs deviennent rapidement adhérentes et déterminent des symptômes graves.

Il existe encore une autre variété anatomique désignée sous le nom

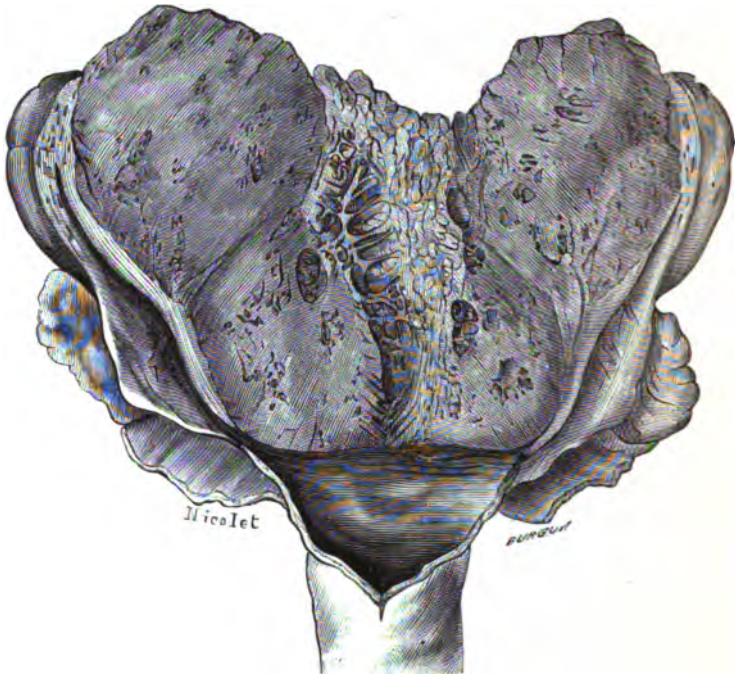


Fig. 307. — Fibrome angiomateux, érectile.

de *tumeurs fibro-kystiques* et qui est généralement constituée par une tumeur fibreuse ramollie avec des cavités kystiques contenant du sérum. A proprement parler, les cavités ne sont pas des kystes parce qu'elles ne contiennent pas de paroi spéciale (fig. 305).

L'*histologie* des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus a été fort bien décrite par Lebec. Sur la paroi fibreuse de la paroi se trouvent des productions en forme de doigt de gant placées les unes à côté des autres et sur un espace fort restreint (fig. 311 et 312) ; elles sont constituées par des cellules arrondies qui forment ensuite des végétations faciles à voir l'œil nu. La figure 309 représente la paroi utérine envahie par un myome.

Etiologie. — Nous savons peu de chose sur l'étiologie des tumeurs fibreuses. C'est l'âge qui joue le rôle le plus important. Il est incon-

testable que cette affection est très rare au-dessous de trente ans. A partir de cet âge les corps fibreux sont extrêmement communs. Sur 605 malades observées par Sims, 119 avaient des tumeurs fibreuses

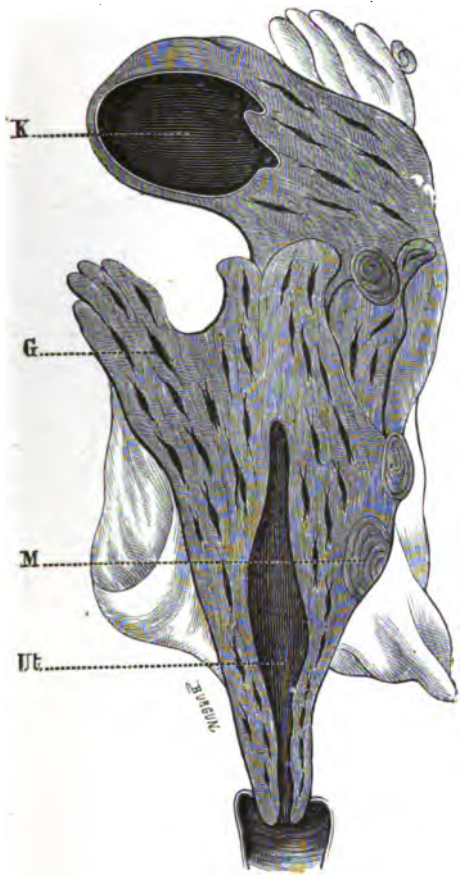


Fig. 308. — Fibrome à géodes et à kystes.
Ut, utérus ; G, géodes ; K, kystes ; M, myomes (Nunn).

grosses ou petites, adhérant d'une manière quelconque à l'utérus. Sur ce nombre, 100 étaient vierges, 105 autres étaient mariées et stériles. Ces chiffres montrent non seulement la grande fréquence des corps fibreux, mais ils démontrent également que cette affection s'observe indistinctement chez les femmes vierges et les femmes mariées.

Symptômes. — Lorsqu'ils n'ont qu'un petit volume, les corps fibreux ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable et passent généralement inaperçus. Mais lorsqu'ils font saillie sur l'une des parois

de l'utérus ou dans le vagin, ils donnent lieu à une série de symptômes locaux et à des phénomènes sympathiques plus ou moins graves, et qui sont en rapport avec le volume et le siège de la tumeur.

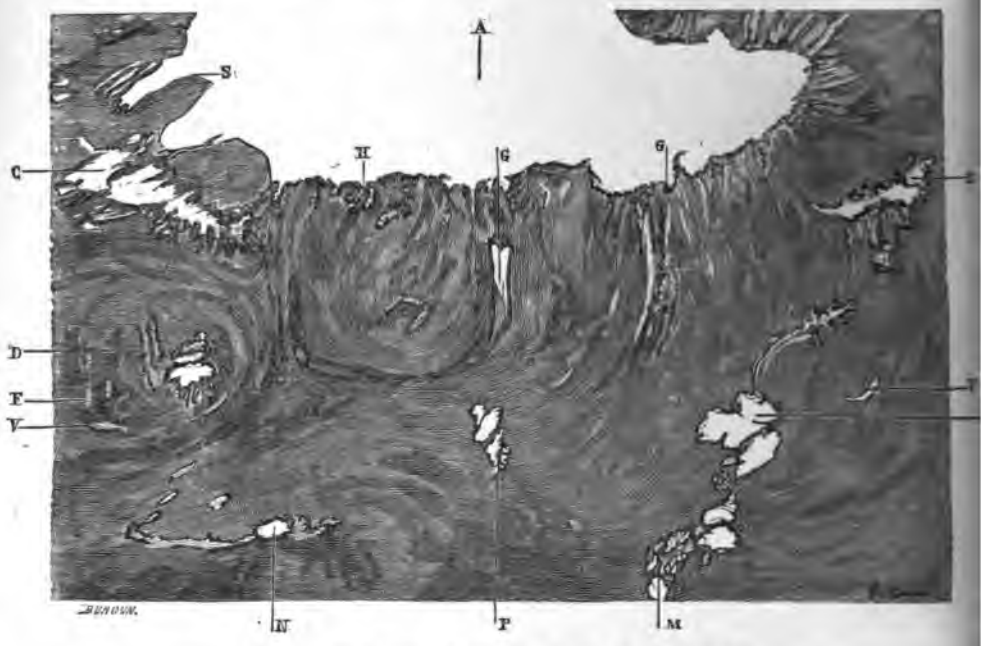


Fig. 309. — Myome de toute la paroi du corps utérin.

A, cavité utérine avec de petites saillies S ; H, ouverture d'une glande ; G, glandes profondes ; B, C, cavités à bords dentelés ou irréguliers avec revêtement épithélial ; E, D, M, N, P, lacunes déchiquetées, irrégulières avec revêtement de cellules cylindriques.

C'est ici que la division des fibromes a une certaine importance. Les *corps fibreux interstitiels* restent longtemps ignorés, surtout lorsqu'ils occupent le corps de l'organe. Lorsqu'ils siègent sur le col, ils donnent généralement lieu à des métrorrhagies et à des symptômes fonctionnels plus ou moins graves. Mais ce n'est que lorsqu'elles atteignent un certain volume que les tumeurs interstitielles peuvent être diagnostiquées. Elles impriment alors à l'utérus des changements de forme, de volume et de capacité qu'on peut constater par le toucher rectal et vaginal, et par le cathétérisme utérin. Il en résulte souvent des troubles fonctionnels qui s'opposent à la conception. On possède cependant de nombreux exemples de femmes atteintes de fibroïdes interstitiels qui ont été fécondées, et ont donné naissance à des enfants à terme. Mais, dans le plus grand nombre de cas,

l'avortement a lieu et l'accouchement offre des dangers en rapport avec le volume de la tumeur.

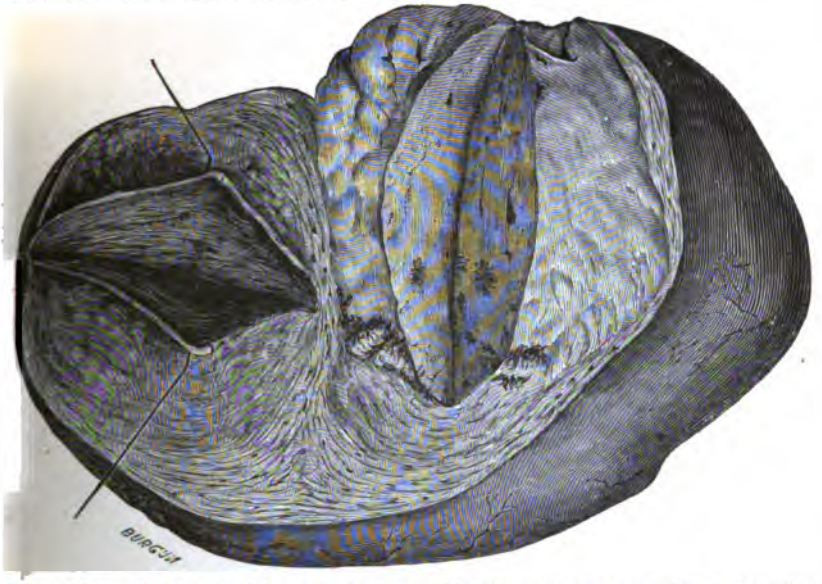


Fig. 310. — Myome utérin ayant subi la dégénérescence sarcomateuse dans une portion de son épaisseur et présentant par places des kystes et une transformation calcaires.

Les *corps fibreux sous-muqueux* donnent lieu à des symptômes un

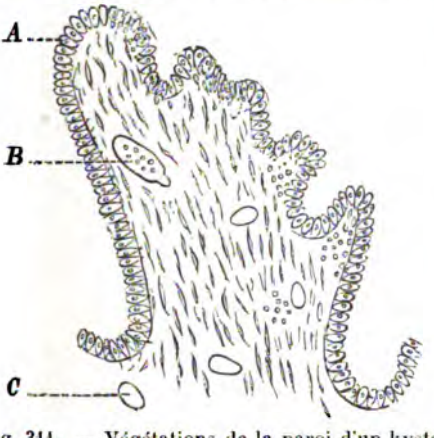


Fig. 311. — Végétations de la paroi d'un kyste.

Grossissement de 350 D. — A, épithélium à cellules allongées et perpendiculaires de la paroi ; B, point où les cellules sont coupées de champ ; C, capillaires en travers et en long.

peu différents. Souvent pédiculisés, ils adhèrent généralement au

fond de la paroi intra-utérine qu'ils peuvent entraîner par leur propre poids. La figure 319, page 370, représente le type de ces tumeurs.

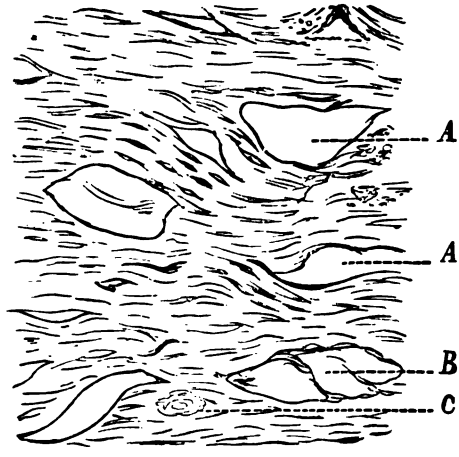


Fig. 312. — Espaces lymphatiques dilatés à géodes en voie de transformation.
A, endothélium ; B éléments cellulaires ; C, vaisseau.

Fig. 313. — Tumeur fibro-kystique.

Lorsque le fibroïde sous-muqueux se présente à l'origine du museau de tanche, on constate, entre les lèvres de l'orifice ou dans la cavité

utérine, un corps arrondi d'un volume variable dur, très consistant, insensible au toucher et au pincement. Il arrive quelquefois que la tumeur est expulsée de l'utérus et reste suspendue dans le vagin. Péan a publié une très intéressante observation de fibromes sous-muqueux multiples et de petit volume (fig. 314).

La tendance naturelle que possèdent les fibromes sous-muqueux à

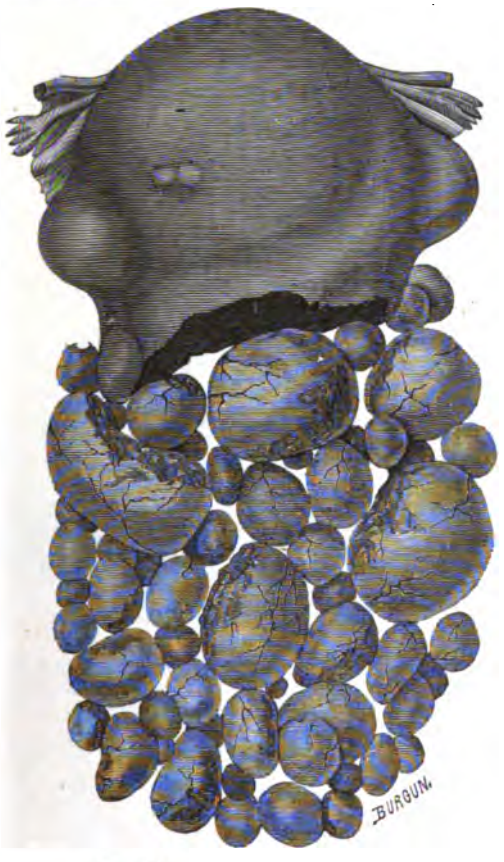


Fig. 314. — Fibromes multiples.

se détacher de l'utérus, à s'énucléer spontanément mérite d'appeler l'attention. L'utérus tend, en effet, à expulser tout corps étranger et la thérapeutique peut, en favorisant cette tendance, contribuer à l'expulsion naturelle des corps fibreux.

Indépendamment de ces signes objectifs, on rencontre des symptômes qui sont communs aux fibroïdes interstitiels et aux fibroïdes sous-muqueux. Le signe subjectif commun qui apparaît le premier et

qui appelle l'attention c'est la métrorrhagie. Tout d'abord l'hémorragie coïncide avec l'époque menstruelle ; l'écoulement sanguin est plus abondant, dure plus longtemps et se reproduit à des intervalles

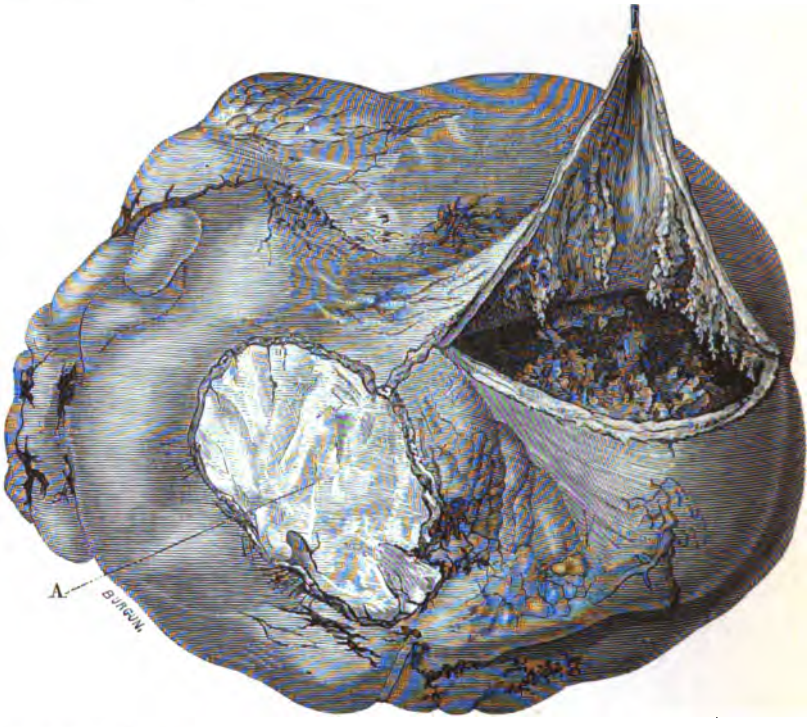


Fig. 315. — Fibrome kystique sous-séreux implanté sur le fond de l'utérus par une surface large. Il a fallu couper cette implantation pour l'enlever au cours de l'opération; on voit que la paroi kystique était entourée de fibres musculaires venant de l'utérus (Péan).

A, implantation de la tumeur.

irréguliers. Les règles sont accompagnées de douleurs expulsives ; les malades éprouvent également un sentiment de plénitude pelvienne, de pesanteur et de pression douloureuse sur le sacrum. On attribue généralement l'hémorragie à la fluxion que l'accroissement du fibrome entretient dans l'utérus et à l'altération de la muqueuse utérine par la présence du corps étranger.

Les *corps fibreux sous-péritonéaux* présentent les symptômes des tumeurs abdominales. Ces symptômes varient suivant le volume de la tumeur et la rapidité de son développement, et ils se manifestent dans l'abdomen plutôt que dans la cavité utérine. C'est ainsi qu'ils peuvent

déterminer des accidents inflammatoires, des adhérences et des péritonites partielles.

En général, les fibroïdes sous-péritonéaux se reconnaissent assez

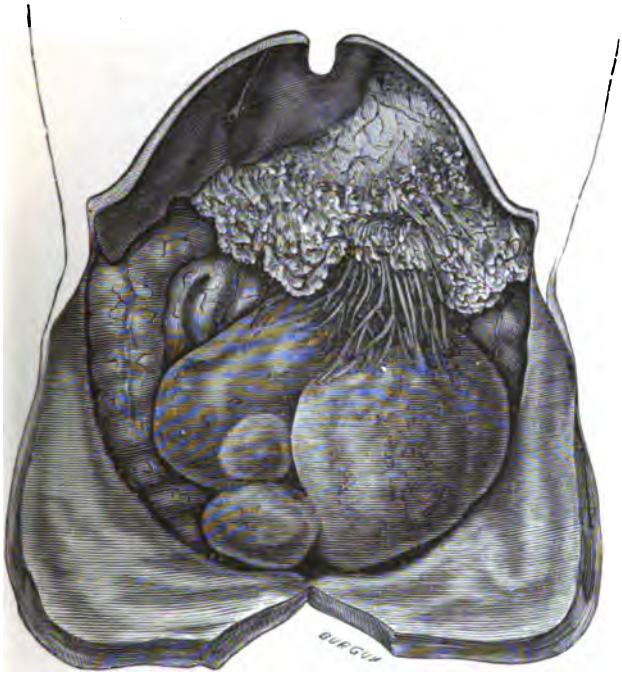


Fig. 316. — Fibrome sous-péritonéal adhérent à l'épiploon et aux intestins. On voit qu'il refoule l'utérus et la vessie contre le pubis et qu'il comprime le cæcum.

facilement par les touchers rectal et vaginal combinés avec la palpation abdominale. Une intéressante particularité à noter, c'est la disproportion qui existe le plus souvent entre le corps fibreux et l'utérus. Au lieu de prendre part au développement de la tumeur comme dans les fibroïdes interstitiels, l'utérus conserve son volume normal, de sorte qu'on sent, dans la cavité abdominale, deux tumeurs dont l'une, bosselée et irrégulière, est formée par le corps fibreux, et dont l'autre rappelle l'utérus par sa forme, ses dimensions et sa consistance. Les figures 302, 315 et 316 représentent des fibromes sous-muqueux ou sous-péritonéaux.

Diagnostic. — Pour éviter la confusion avec la grossesse, il faut surveiller la malade pendant quelque temps, rechercher le ballottement utérin et les autres signes en se rappelant que les fibromes peuvent également produire le bruit du souffle utérin.

Les tumeurs malignes des glandes lombaires du péritoine et de l'intestin peuvent également simuler des tumeurs fibreuses de l'utérus. Dans ces cas, les symptômes généraux et les commémoratifs fournissent les indications diagnostiques ; il est du reste très rare que les corps fibreux donnent lieu à des symptômes généraux aussi prononcés que ceux des tumeurs malignes. Les fibromes utérins ont, en général, une *marche* lente, et n'ont pas, comme les tumeurs malignes, une grande tendance à s'accroître et à proliférer. Il est, en effet, très fréquent de rencontrer des fibromes qui restent stationnaires pendant des années sans occasionner des troubles fonctionnels graves. La plupart des auteurs admettent que l'évolution de ces tumeurs est beaucoup plus rapide pendant la période d'activité sexuelle, mais ce fait, quoique très rationnel, n'est appuyé sur aucune statistique sérieuse. Il n'est pas cependant rare de rencontrer des malades atteintes de fibromes et en présentant tous les signes objectifs et subjectifs qui voient tous les symptômes disparaître ou du moins devenir parfaitement tolérables, lorsqu'elles atteignent l'âge de la ménopause.

La *terminaison* des tumeurs fibreuses a une grande importance et fournit, pour le traitement, des indications extrêmement utiles. Elle peut avoir lieu : 1° par résorption ou atrophie ; 2° par dégénérescence calcaire ; 3° par gangrène ; 4° par énucléation spontanée et expulsion. La terminaison par l'atrophie est extrêmement rare ; lorsqu'elle a lieu, elle survient généralement après la ménopause.

La *dégénérescence calcaire* peut encore être considérée comme une terminaison relativement favorable. Elle a lieu de deux manières, par infiltration et par encroûtement périphérique.

La tumeur fibreuse devient alors dure, lourde, rugueuse ; elle présente à la section l'aspect d'une pierre calcaire, sableuse et grenue, mais non pas celui du tissu osseux divisé par la scie. Dans des cas très rares, la dégénérescence osseuse du corps fibreux a cependant été observée, et des cas d'ossification véritable ont été rapportés.

La *gangrène de la tumeur* est une terminaison rare, et qui est loin d'être favorable. Le danger, dans ce cas, consiste dans la résorption putride et la septicémie, ainsi que Duclos et Simpson en ont observé des exemples.

La terminaison la plus favorable est sans contredit l'*expulsion spontanée de la tumeur*. Elle peut se faire de plusieurs manières ; ou bien ce sera après un effort, une chute, un coup sur l'abdomen, que l'utérus expulsera la tumeur, d'autres fois ce sera pendant l'accou-

chement, le fœtus entraînant la fibroïde dont le pédicule s'est rompu. Dans d'autres circonstances, la malade éprouvera des douleurs expulsives violentes et tous les symptômes de l'accouchement naturel.

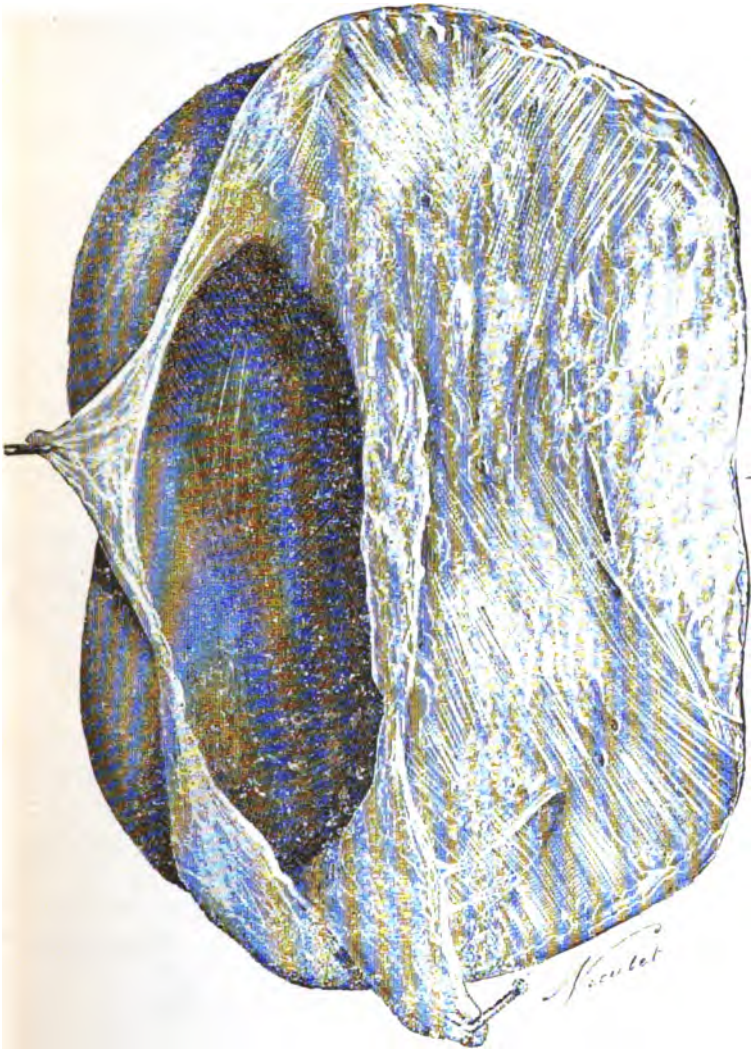


Fig. 317. — Fibrome implanté à la fois sur le corps et le col de l'utérus, enlevé par l'hystérectomie (Péan).

Dans ce cas l'intervention est parfois nécessaire pour faciliter l'expulsion. Il se passe alors un phénomène analogue à l'accouchement naturel.

TRAITEMENT DES FIBROMES

Le traitement des tumeurs fibreuses a donné lieu à de nombreuses discussions ; l'ablation totale de ces tumeurs par l'hystérectomie a produit autrefois tant de mécomptes qu'un certain nombre de chirurgiens avaient remplacé le bistouri par l'électrode ou pour des méthodes thérapeutiques purement expectatives ou médicales.

Les progrès accomplis depuis quelques années dans la pratique des opérations abdominales a rétabli les choses au point. L'hystérectomie a repris faveur et peu de chirurgiens lui refusent aujourd'hui la place prépondérante qu'elle doit occuper dans le traitement des corps fibreux non susceptibles d'être enlevés par la voie vaginale.

D'un autre côté les moyens palliatifs et médicaux ne sauraient être négligés ; non seulement ils aident la malade à supporter sa tumeur lorsqu'elle est inopérable, mais, dans beaucoup de cas, ils s'opposent à son développement et facilitent son énucléation ou son expulsion lorsqu'elle est sous-muqueuse.

Nous diviserons donc le traitement des corps fibreux en trois parties : le *traitement médical et palliatif*, le traitement chirurgical par les *voies naturelles*, le traitement chirurgical par la voie abdominale.

TRAITEMENT MÉDICAL

Je parlerai tout à l'heure du traitement palliatif et symptomatique.

C'est l'ergotine qui est considérée comme le médicament spécifique du fibrome ; son action est cependant douteuse dans beaucoup de cas. Voici la formule la plus employée :

Ergotine	5 grammes
Hydrate de chloral	1 —
Eau distillée	100 —

En injecter de 10 à 20 gouttes par jour par la voie hypodermique dans une masse charnue.

Hildenbrand qui est l'inventeur de cette méthode dit qu'elle n'agit que très lentement. Il faut l'appliquer pendant des mois et des années.

L'*hydrastis canadensis* est employé en Amérique en teinture au 1/10e.

La dose est de 20 à 30 gouttes de cette teinture 3 fois par jour.

Le *Viburnum prunifolium* également d'origine américaine. — Dose : 5 gouttes toutes les 1/2 heures.

La *Hamamelis virginica*, en teinture au 1/10e.

L'*Ustilago maïdis*, en teinture au 1/10e.

Dose : 4 fois 10 gouttes dans les 24 heures.

On a employé l'iodure et le bromure de potassium ; Wells préconise le chlorure de calcium à la dose de 1 à 3 grammes.

Les *eaux chlorurées sodiques* ont donné de bons résultats. Les plus réputées sont : Salins (Jura), Kreuznach, Salins-Moutier, Salies de Béarn.

Quelle que soit l'incertitude de ces traitements, ils valent la peine d'être essayés lorsque la malade n'a d'autre perspective que l'hystérectomie.

La plupart sont du reste efficaces contre le symptôme le plus alarmant : l'hémorragie ; ils jouissent ensuite de la propriété de faire contracter l'utérus et de faciliter l'accouchement des fibromes sous-muqueux.

Injections d'ergotine dans le tissu utérin. — Cette méthode plus active a été préconisée par Vulliet. En voici la technique :

On emploie une solution d'ergotine dont chaque centimètre cube représente un gramme d'ergot.

La malade est placée dans la position dorsale et l'utérus autant que possible abaissé à la vulve.

L'aiguille est enfoncée d'un centimètre dans la partie des lèvres la plus rapprochée du siège de la tumeur ; on n'injectera pas plus du tiers ou de la moitié de la seringue ; l'instrument sera laissé en place trente à quarante secondes, puis on le retirera et on placera sur le col des tampons de gaze iodoformée.

Grâce au développement considérable des lymphatiques, l'absorption et la diffusion du médicament est très rapide ; ordinairement il ne se produit aucune induration dans la partie du parenchyme qui a reçu l'injection ; toutefois il est possible que de temps en temps il se forme un petit îlot d'infarctus qui se résorbe petit à petit.

Les injections doivent être faites dans le tissu voisin du néoplasme, mais ne pas pénétrer jusqu'au néoplasme lui-même, car les fibromyomes étant peu vasculaires, l'ergotine ne serait pas résorbée et provoquerait, comme corps étranger, une réaction susceptible d'amener une nécrose et de la suppuration.

Le tamponnement vaginal sera retiré au bout de vingt-quatre heures.

Combien d'espace doit-on mettre entre les injections d'ergotine? C'est là un point sur lequel il est difficile d'émettre des règles précises. Il ne faudra pas faire d'injections nouvelles tant qu'il restera au point de l'injection précédente du gonflement, de l'œdème ; aussi longtemps, en un mot, qu'on y pourra constater des signes de la présence de l'ergotine. Il ne faut pas oublier non plus que ces injections peuvent entraîner l'*ergotisme*. Au moindre engourdissement des pieds ou des mains, à plus forte raison s'il survient des vertiges ou des spasmes, il faudra suspendre le traitement.

Même dans le cas de tolérance la plus parfaite, il faudra s'arrêter si l'ergot ne produit aucun effet et, s'il produit les résultats désirés, il ne faudra pas maintenir la malade sous son influence plus de trois ou quatre semaines, en répétant l'injection tous les cinq ou six jours.

Electrothérapie. — On a tellement discuté l'électricité appliquée aux fibromes, que cette méthode doit être l'objet d'une critique sérieuse pour éclairer la religion des praticiens.

A priori, et après une pratique de vingt ans, j'estime que l'électricité ne peut pas faire disparaître le fibrome et que son action réductrice est fort contestable.

L'*effet* de l'électricité est :

1° D'exciter des contractions dans le tissu musculaire utérin ;

2° D'entraîner une décomposition physico-chimique que l'on a appelée l'électrolyse ;

3° Lorsque le courant acquiert une certaine intensité, de produire des effets caustiques.

Telles sont les propriétés générales de l'électricité ; voyons quelle peut être l'utilité de chacune d'elles.

Excitation de la contraction musculaire. — En appliquant le courant électrique sur deux points opposés de l'utérus, on produit une contraction totale de l'organe.

Cette contraction est susceptible de déterminer l'ischémie, de combattre la stase et l'engorgement. En outre, le tissu musculaire normal se contractant et le tissu fibreux ne se contractant pas, il est facile de saisir le refoulement vers l'extérieur ou l'intérieur que peut subir un néoplasme fibreux enchâssé dans la paroi ou la cavité utérine.

L'électrolyse. — Les fibro-myomes ont une organisation histolo-

gique qui, pour n'être pas aussi résistante que celle des tissus normaux, est cependant telle, qu'elle dépend des lois de la vie cellulaire et que l'on ne peut les considérer comme de la matière inerte. On ne saurait comparer un utérus contenant un fibrome à une masse métallique ou aqueuse qui n'obéit qu'aux lois physico-chimiques.

Nous n'admettons pas que le passage d'un courant à travers l'utérus puisse amener une diminution d'une tumeur dont les éléments décomposés iraient converger, les uns vers le pôle positif, les autres vers le pôle négatif. S'il se produit de l'électrolyse, elle ne peut atteindre que la partie la plus décomposable d'une tumeur, c'est-à-dire sa partie liquide ; quant aux cellules et aux fibres, si elles ne sont pas frappées de mort par le courant, l'électrolyse ne peut exercer sur eux que des effets passagers, car même les liquides décomposés par l'électrolyse se reproduisent à nouveau une fois que le courant a cessé.

Si l'électricité était susceptible de réduire par son action chimique le volume de l'utérus et de ces tumeurs, nous ne voyons pas pourquoi la vessie, le tissu péri-utérin, etc., ne seraient pas aussi bien « électrolysés » que l'utérus.

L'effet caustique ne peut être obtenu (cela résulte d'observations positives) que *dans les points des tissus qui sont immédiatement en contact avec les électrodes*. C'est donc une action locale qui se produira sur la peau du ventre et sur un point quelconque de l'utérus, mais qui n'atteindra dans son ensemble ni l'organe, ni les tumeurs qu'il contient. Cette action caustique ne différera pas de celle obtenue au moyen de tout autre cautère métallique ou chimique.

Au moyen d'électrodes à dards multiples que l'on enfonce dans les tissus on peut sans doute répartir l'action chimique sur plusieurs points de la tumeur, la désorganiser dans sa structure, provoquer des écoulements par ces points de ponction, produire du tissu cicatriciel sur les trajets cautérisés et déterminer ainsi une atrophie de la tumeur attaquée ; tout cela explique très bien la disparition de tumeurs peu organisées, peu volumineuses et d'un accès facile, comme certains lipomes et névromes superficiels ou des tumeurs érectiles.

Mais lorsqu'il s'agit de fibromes utérins, quel avantage y aurait-il, s'ils sont petits ou facilement accessibles, à les traiter par l'acupuncture électrique plutôt que de les enlever ; et s'ils sont profonds, diffus, comment renouveler les applications comme celles de l'électro-acupuncture pendant un nombre de séances suffisant pour déterminer un effet réel. Si ces manœuvres étaient possibles, ce ne serait qu'après dilatation ; cette dilatation, il faudrait l'entretenir ou la renou-

veler ; la méthode nécessiterait donc une série de manipulations plus compliquées que n'importe quelle autre méthode ; en réalité, la généralité des électriciens introduisent un des pôles dans l'utérus ou l'appliquent sur la portion vaginale et mettent l'autre sur le ventre, et il n'est pas question d'acupuncture.

Il est vrai que quelques électriciens embrochent le parenchyme utérin avec des électrodes en poignard qu'ils enfoncent dans la direction supposée du néoplasme !

Mon expérience me permet d'affirmer que les manœuvres de ce genre sont plus dangereuses qu'une hystérectomie abdominale faite par un chirurgien expérimenté.

Je ne veux cependant pas décourager les nombreux malades qui

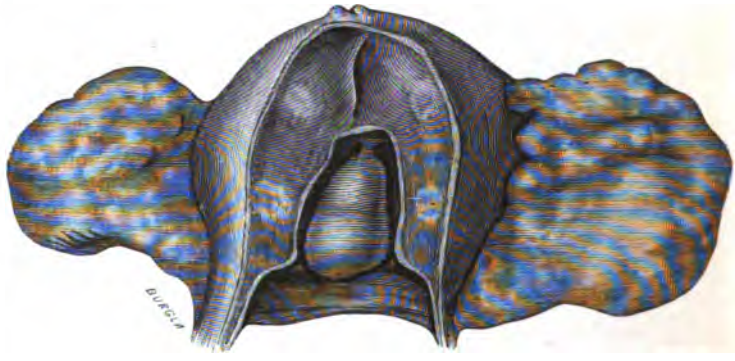


Fig. 318. — Fibromes sous-muqueux de l'utérus compliqués de tumeurs fibro-kystiques des ligaments larges.

ont peur et, cela non sans raison, de l'ablation totale ; mon opinion est que l'électricité agit utilement par les contractions utérines qu'elle provoque ; pour obtenir ce résultat, il faut employer les *courants induits* ou la *faradisation*.

Cette méthode a pour but d'exciter la contraction de l'organe, de combattre l'engorgement et de déterminer l'ischémie. Appliquée, pendant un certain temps, elle diminue le volume total de l'utérus et peut provoquer, soit l'expulsion d'un fibrome pariétal dans la cavité utérine, soit l'expulsion d'un fibrome peu volumineux dans le vagin.

La faradisation n'est jamais dangereuse ; elle peut être appliquée par tous les praticiens et ne nécessite pour son application que l'emploi d'une petite pile de Gaiffe ou de Trouvé.

Un des pôles est placé sur le ventre au moyen d'une électrode en forme de plaque et recouverte de peau.

Quant à l'autre pôle, généralement le négatif, je l'applique soit sur le col au moyen d'un excitateur en forme de canule vaginale, soit dans la cavité utérine elle-même au moyen d'une électrode souple recouverte de caoutchouc jusqu'à la boule terminale avec toutes les précautions antiseptiques.

Les séances ont lieu deux fois par jour et durent de dix à quinze minutes.

Ainsi appliquée, la faradisation constitue un bon traitement des fibromes sous-muqueux hémorragiques ; si elle ne fait pas disparaître la tumeur, elle diminue les hémorragies, favorise l'énucléation des fibromes sous-muqueux et produit une ischémie de l'utérus et des tissus voisins.

C'est surtout dans les fibromes sous-muqueux pédiculisables (fig. 318) que l'action contractile de l'électricité sur le muscle utérin peut être utilisée.

Curetage. — Le curetage de la muqueuse utérine donne de meilleurs résultats. On pratique cette opération dans le but de guérir l'endométrite fongueuse qui complique souvent les myomes interstitiels et sous-muqueux de l'utérus, et d'arrêter les hémorragies auxquelles cette endométrite donne lieu. Runge fait suivre le curetage d'injections intra-utérines de teinture d'iode, dans le but de prévenir le développement excessif de la muqueuse nouvelle. Avant de pratiquer le curetage, il faut désinfecter avec le plus grand soin le vagin et la muqueuse utérine : c'est le seul moyen de prévenir à coup sûr un accident redoutable, à savoir la fonte purulente de la tumeur érodée par la curette.

Castration ovarienne. — Cette opération a joui pendant longtemps d'une grande vogue dans le traitement des hémorragies graves ; elle avait pour but de faire cesser un des plus graves symptômes de certains fibromes de l'hémorragie.

Les indications et les résultats de cette opération appliquée aux fibromes utérins sont encore aujourd'hui fort discutés. Cependant elle perd chaque jour du terrain depuis les progrès de l'hystérectomie. Il n'est pas du reste démontré que la castration fasse *toujours* cesser les hémorragies dues aux corps fibreux et empêche le développement de la tumeur.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES

Dans les cas où il peut être appliqué, il est curatif, car il débarrasse

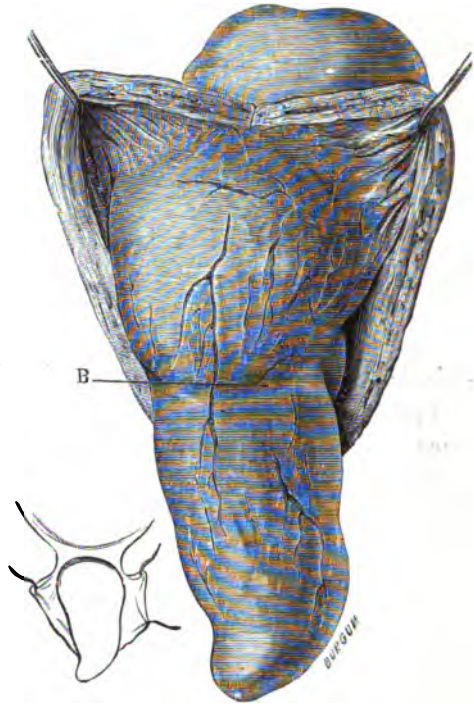


Fig. 319. — Fibrome sous-muqueux.
B, rétrécissement produit par la constriction du col.

la malade d'un néoplasme ayant en général peu de tendance à la récidive. On peut considérer quatre cas dans le traitement chirurgical des fibromes :

1° La tumeur est interstitielle ou sous-muqueuse, volumineuse et non pédiculée ;

2° La tumeur est pédiculée et est encore enfermée dans la cavité utérine ;

3° La tumeur est pédiculée et a franchi l'orifice du col ;

4° La tumeur est sous-péritonéale.

Premier cas. — Le traitement chirurgical des *fibromes intersti-*

tiels a été très discuté. L'extirpation de la tumeur par le vagin ne peut avoir lieu que par une opération entourée de difficultés et de périls.

En effet, l'énucléation nécessite une incision ou une dilatation considérable du col utérin ; la tumeur est souvent située profondément, recouverte par une couche épaisse de parenchyme ; la paroi utéro-péritonéale, quelquefois très mince, est exposée à être déchirée pendant l'opération ; des adhérences impossibles à prévoir peuvent exister entre la tumeur et les parties avoisinantes ; toutes ces considérations montrent les difficultés qui entourent l'extirpation des fibroïdes par les voies naturelles.

Les récents progrès introduits récemment dans la pratique gynécologique ont permis cependant de résoudre la question dans un bon nombre de cas. La méthode de dilatation de Vulliet, le prolapsus artificiel, permettent d'explorer l'utérus, d'y pénétrer avec le doigt et de se rendre compte du volume et de la position des fibromes, alors même qu'ils sont sessiles et non pédiculés.

La tumeur, une fois reconnue, peut être énucléée puis extraite avec la pince à dents de brochet (fig. 322). Si elle est trop volumineuse pour être extraite facilement, on la saisit avec une forte pince à griffe (fig. 325) et on exerce des tractions douces pour l'amener à la vulve. Dans quelques cas, on peut employer le forceps obstétrical et extraire le fibrome à la manière d'une tête fœtale.

Deuxième cas. — Lorsque le corps fibreux est pédiculé, mais encore contenu dans la cavité utérine, on pourra administrer le seigle ergoté qui facilitera l'engagement de la tumeur à travers le col utérin. Si ce moyen échoue, on agrandira l'orifice utérin par la dilatatiou et le débridement; on saisira la tumeur avec des pinces à érignes, et l'on sectionnera le pédicule avec le bistouri ou les ciseaux. Cette opération est, en général, très simple et est rarement suivie d'hémorragie, surtout lorsque le fibrome ne présente qu'un petit volume.

Troisième cas. — Lorsque le fibrome est pédiculé et a franchi l'orifice du col, l'intervention chirurgicale est indiquée et peut rendre les plus grands services ; l'opération est alors très simple. Il suffit de sectionner le pédicule avec les ciseaux, le bistouri, le galvano-cautère, l'écraseur linéaire ou la ligature extemporanée de Maisonneuve. On pourra employer avec avantage la pince imaginée par Richet.

Cet instrument est analogue à de forts ciseaux, dont les mors mousses et garnis de fines dentelures, peuvent être pressés l'un contre l'autre, l'articulation est lâche, ce qui permet de leur faire exécuter des mouvements de latéralité. Cette pince agit en produisant une sorte de mâchonnement.

Après avoir sectionné le pédicule au moyen d'un des instruments que nous venons de citer, on extrait facilement la tumeur, à moins toutefois qu'elle ne présente un énorme développement. On pourra, dans ce cas, l'évider ou la sectionner, et même l'extraire à l'aide du forceps.

Evidement et morcellement. — Péan a érigé en une véritable

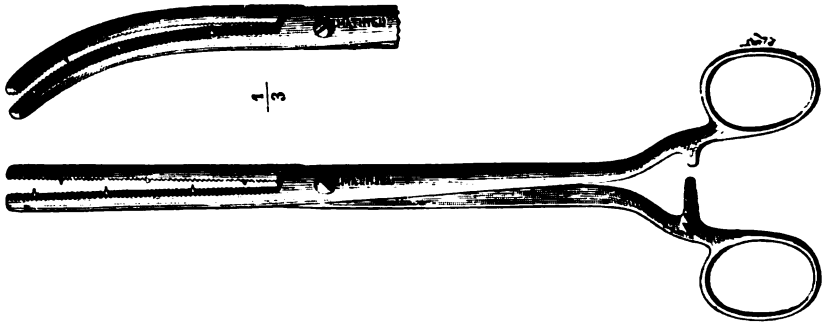


Fig. 320. — Pinces à mors plats et courbes pour morcellement.

méthode l'ablation des fibromes même volumineux, par l'évidement

Fig. 321. — Mors de pinces à morcellement.

et le morcellement. Il ne s'agit pas dans ce procédé d'une énucléa-

tion, mais d'une pénétration de propos délibéré dans le corps même de la tumeur pour en évider le contenu ou la morceler.

Les progrès accomplis dans la technique de l'hystérectomie vagi-

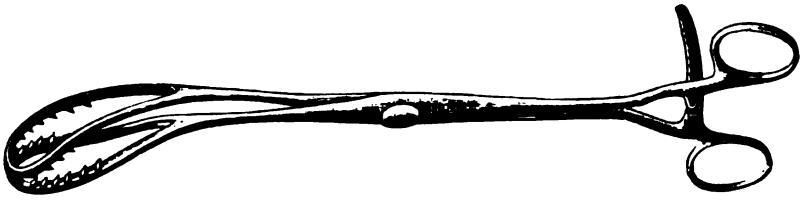


Fig. 322. — Pince forme forceps brochet pour saisir les fibromes.

nale font que beaucoup de chirurgiens préfèrent aujourd'hui cette dernière opération ; la méthode de Péan n'en est pas moins applicable dans les cas où la tumeur fibreuse est sous-muqueuse, pédiculée et ne dépasse pas le volume d'une tête d'adulte.

Voici la technique telle que l'a décrite Péan ; elle peut être modifiée

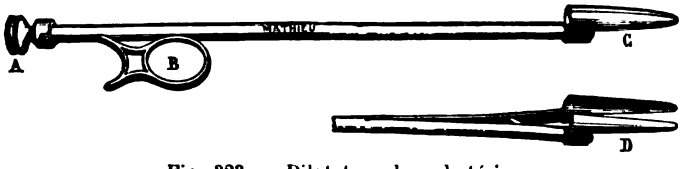


Fig. 323. — Dilatateur du col utérin.

selon le volume de la tumeur ; cette modification peut même aller jusqu'à l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale ou la voie abdominale (voyez *Hystérectomie*) ; c'est pour cette raison que beaucoup de chirurgiens préfèrent aujourd'hui attaquer d'emblée la tumeur par la voie abdominale.

Technique. — La malade est couchée sur le dos et anesthésiée. Les parois de la vulve et du vagin sont lavées avec la solution au sublimé au millième et maintenues écartées avec des spéculums univalves coudés. Quand la malade est vierge, il faut faire une dilatation préalable du vagin ; parfois une section bilatérale, si elle est âgée. Si le col n'est pas suffisamment ouvert, on le dilate avec un divulseur (fig. 323) dont les valves analogues à celles d'un speculum uni, dépolies en dehors, et muni à son extrémité inférieure d'une vis sans fin ; cette disposition permet d'écarter les valves à volonté sans gêner la vue de l'opérateur. Dès que le col est dilaté, on introduit par sa cavité des pinces

hémostatiques longuettes, fortes, à mors dentés (fig. 320, 321) ; avec ces mors on comprime l'enveloppe de la tumeur sur les points où elle se

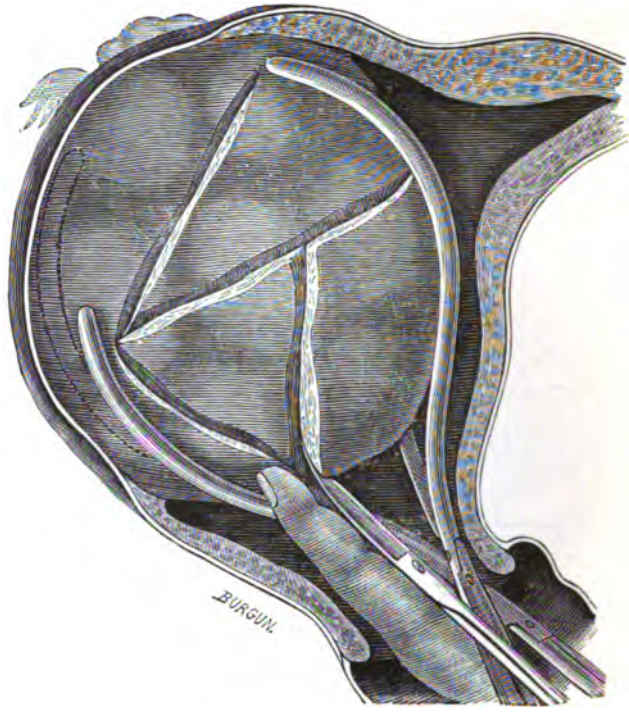


Fig. 324. — Morcellement des fibromes utérins. Les pinces sont en place.

confond avec la paroi interne de l'utérus ; on obtient de la sorte un pince-

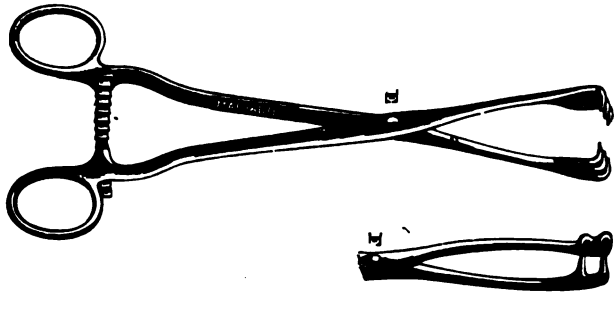


Fig. 325. — Pinces pour saisir les fibromes.

ment préventif qui empêche le sang d'arriver dans la tumeur (fig. 324) On coupe ensuite avec le bistouri ou les ciseaux l'enveloppe muqueuse

et musculaire qui masque la tumeur, on attire cette dernière avec des pinces à griffes (fig. 325), on la morcelle et on enlève les fragments avec les doigts jusqu'à extirpation complète (fig. 326). Si le volume de la tumeur est tel qu'on n'ait pu exciser du premier coup qu'une partie, on continue à placer, des deux côtés de la portion restante, au-dessus des premières pinces, d'autres pinces semblables qui permettent d'agir de la même façon sur les parties plus élevées. L'opération terminée,

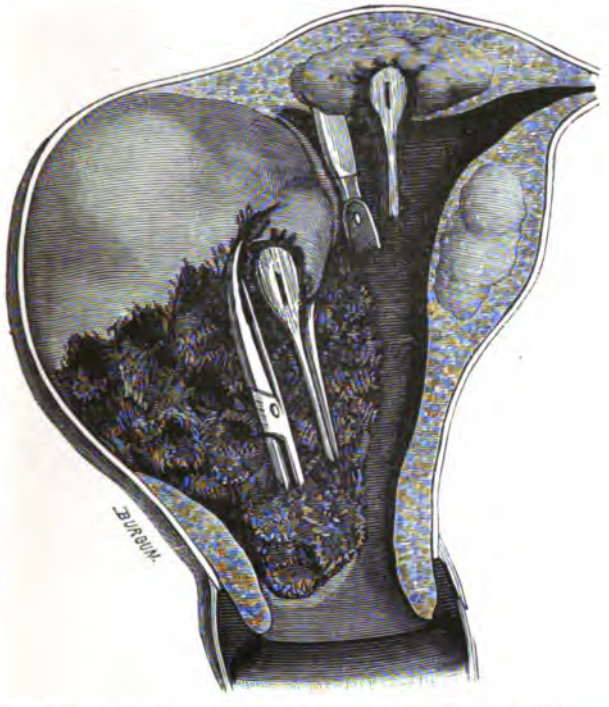


Fig. 326. — Evidement et morcellement des fibromes (Péan).

on laisse, si cela est nécessaire, une ou plusieurs pinces longuettes ordinaires en place pendant quelques heures ; au besoin on tamponne l'utérus et le vagin avec des compresses de gaze iodoformée et munies de liens assez longs et assez solides pour qu'il soit possible de les enlever sans difficulté au bout de trente-six ou quarante-huit heures. Les jours suivants, on fait des injections au sublimé à intervalles de plus en plus éloignés.

Quatrième cas. — Lorsque les fibromes sont sous-péritonéaux et ne peuvent être extraits par les voies naturelles, le chirurgien n'a

d'autre ressource que de pratiquer la gastrotomie et d'enlever soit la tumeur, soit la totalité de l'utérus. Les opérations radicales prennent alors le nom d'*hystérotomie*, de *myomectomie* ou d'*hystérectomie*.

L'*hystérectomie*, dans les tumeurs fibreuses, très discutée encore pendant ces dernières d'années, est aujourd'hui acceptée par la grande majorité des chirurgiens, et nous pouvons la considérer comme une opération classique. Nous en donnons le manuel opératoire un peu plus loin (voyez *Hystérectomie*, *Myomectomie*, etc.).

CHAPITRE V

LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS (SUITE)

III. — Polypes de l'utérus

La plupart des auteurs modernes n'établissent aucune distinction entre les polypes et les corps fibreux et les décrivent dans un chapitre unique. Nous croyons devoir conserver la classification ancienne et consacrer un article spécial à cette variété de néoplasme qui présente des caractères cliniques, qui permettent, dans la plupart des cas, de la différencier du corps fibreux proprement dit.

On comprend sous ce nom un certain nombre de tumeurs bénignes le plus souvent pédiculées, qui siègent sur un point quelconque de la cavité utérine. Ces tumeurs sont généralement le résultat de l'hyperplasie d'un des éléments constitutifs de l'utérus et sont recouvertes de la muqueuse.

Classification. — Étant donnée cette notion étiologique, on ne peut admettre que trois espèces de polypes utérins : les *polypes fibreux*, les *polypes muqueux* et les *polypes vasculaires*.

Anatomie pathologique. — Les polypes fibreux, qui sont de beaucoup les plus fréquents, présentent une structure identique à celle des corps fibreux dont nous avons parlé, et dont ils ne diffèrent que par leur pédiculisation. Ils sont quelquefois volumineux et multiples. Leur forme est variable ; le plus souvent piriformes, ils peuvent cependant éprouver de nombreuses modifications résultant des diverses pressions qu'ils ont subies pendant leur développement. Ils peuvent présenter un volume considérable et faire saillie à la vulve (fig. 327).

Les *polypes muqueux*, également désignés sous le nom de *polypes folliculaires*, résultent de l'hypergénèse des éléments anatomiques de

la muqueuse utérine et plus particulièrement des follicules de cette membrane. Ils sont généralement petits, transparents et sous-épider-

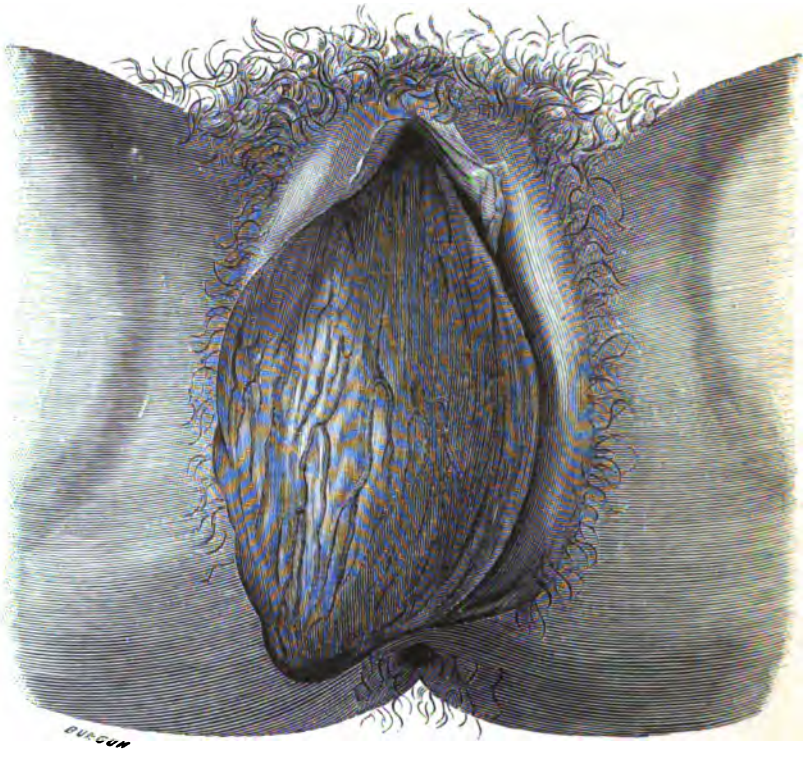


Fig. 327. — Gros polype faisant saillie à la vulve.

miques. Les polypes muqueux sont parfois produits par une accumulation de mucus dans les œufs de Naboth.

Les *polypes vasculaires* sont constitués par des vaisseaux sanguins hypertrophiés. Assez rares, et souvent confondus avec des môles ou des caillots utérins, ils sont habituellement d'un petit volume et siègent de préférence sur le museau de tanche. D'après Courty, les polypes vasculaires se reproduisent aux dépens des vaisseaux de la muqueuse et ne proviennent pas du tissu propre de la matrice.

Enfin on observe des *polypes kystiques* constitués par la réunion de plusieurs petites tumeurs tenant le milieu entre le fibrome et le polype. Cette variété représentée par la figure 328 est loin d'être rare.

Étiologie. — Ce que nous avons dit pour les corps fibreux s'applique aux polypes utérins dont l'étiologie est encore très obscure. La seule cause que nous puissions mettre en avant est l'hérédité et

Fig. 328. — Coupe d'un polype kystique du col utérin.

la vie sexuelle. Il est incontestable, en effet, que l'affection est plus fréquente pendant la période d'activité sexuelle, quoiqu'il ne soit pas rare de la rencontrer après la ménopause et même dans la vieillesse. Elle est néanmoins fort rare avant la puberté et, d'après Demarquay et Saint-Vel, elle ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les nullipares.

Symptômes. — Ici encore nous trouvons pour signes subjectifs une grande analogie avec les fibromes. Au début la malade éprouve des troubles menstruels, des douleurs dans la région utérine, de la leucorrhée et des métrorrhagies plus ou moins abondantes. Ce dernier symptôme a une grande importance. Les règles sont d'abord plus prolongées, plus rapprochées ; la métrorrhagie augmente avec le volume du polype et les malades finissent par éprouver des pertes sanguines abondantes et même dangereuses. Des cas authentiques de mort par hémorragie, ne reconnaissant pas d'autre cause que des polypes, ont été rapportés.

Les signes physiques sont variables selon le volume et le siège de la

tumeur. Lorsque celle-ci occupe le fond de l'organe et n'a qu'un petit volume, aucun signe ne révèle sa présence. L'exploration de la cavité utérine par l'hystéromètre peut parfois faire reconnaître la tumeur. En explorant avec lenteur l'intérieur de la cavité à l'aide de

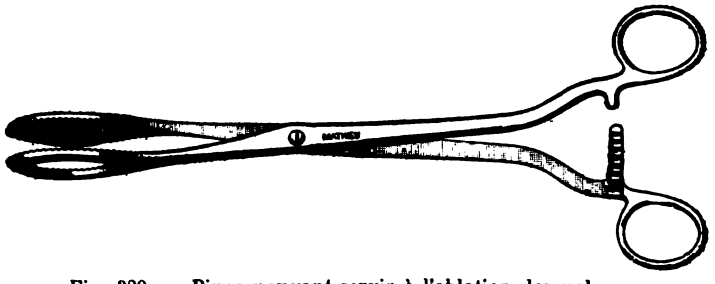


Fig. 329. — Pince pouvant servir à l'ablation des polypes.

la sonde flexible de Sims, on peut savoir, par l'étendue de la portion de la sonde qui a pénétré, si la tumeur est fixée dans la cavité du corps ou de col, à quelle distance elle se trouve de l'orifice externe. Ces renseignements ont une grande importance au point de vue du traitement.

Le diagnostic est plus facile lorsque la tumeur, apparaissant à l'orifice utérin, en a déjà franchi l'orifice. Après une dilatation préalable le toucher permet de pénétrer dans la cavité utérine ou de reconnaître près de l'orifice une ou plusieurs tumeurs faisant saillie sur une des lèvres ou proéminant dans le vagin.

Le doigt reconnaîtra alors la forme globuleuse, ovoïde ou piriforme de la tumeur, l'état humide et glissant de sa surface. Le speculum montrera de plus la coloration et l'aspect du polype, celui-ci est tantôt rouge, rose ou ardoisé et recouvert d'une membrane muqueuse congestionnée et parsemée de veines bleuâtres; il est quelquefois creusé d'une ou plusieurs ouvertures qui rappellent l'orifice du museau de tanche et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Polypes intermittents. — Larcher et Guillemaut ont insisté sur une variété de polype qui présente un symptôme spécial : l'intermittence.

Ces tumeurs, dont la structure est identique à celle des polypes muqueux de l'utérus présentent dans leur évolution des alternatives de sortie et de retrait à travers les lèvres du col momentanément dilatées. Leur apparition a généralement lieu sous l'influence de la menstruation, d'une hypérémie congestive et passagère des organes pelviens.

Cette particularité de l'intermittence, qui n'est pas du reste spéciale

aux polypes muqueux, a une grande importance pratique, et le chirurgien ne devra jamais la perdre de vue.

Comme dans toutes les tumeurs intra-utérines, le *diagnostic*

Fig. 330. — Pincement appliqué au traitement des polypes sous-muqueux de l'utérus saillants au museau de tanche.

différentiel des polypes n'est pas toujours facile; la cystocèle, l'inversion utérine, l'allongement hypertrophique du col utérin, les tumeurs carcinomateuses donnent lieu à de fréquentes confusions.

La *cystocèle* vaginale sera reconnue par le cathétérisme vésical,

Fig. 331. — Sonde à barillet pour la ligature lente des gros polypes.

qui indique la déviation de l'urètre et que fait disparaître la tumeur en produisant l'évacuation de l'urine. Dans l'*allongement hypertro-*

phique du col, la tumeur est peu mobile et les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à l'utérus tout entier. Dans l'*inversion* on ne trouve plus le corps de l'utérus dans sa situation normale et il est impossible de pénétrer avec le cathéter dans la cavité utérine. Les *tumeurs carcinomateuses* diffèrent du polype par leur aspect et leur consistance et surtout par les symptômes généraux qu'elles déterminent.

Les polypes utérins ont généralement une *marche* lente, mais il est à remarquer que les polypes muqueux et très vasculaires se développent avec beaucoup plus de rapidité que les polypes fibreux.

Fig. 332. — Serre-nœud élastique de Perrier.

En général, les polypes augmentent de volume jusqu'à ce que leur développement provoque leur expulsion. Il n'est pas rare cependant de voir ces tumeurs subir un arrêt de développement ou s'atrophier. Comme pour les corps fibreux cette terminaison s'observe surtout après la cessation des fonctions physiologiques de l'organe. La tumeur peut encore se détacher sans occasionner aucun désordre par atrophie et manque de nutrition ; elle peut être éliminée dans une menstruation copieuse et cette élimination peut passer inaperçue.

On a cru jusqu'au commencement de ce siècle que les polypes utérins étaient susceptibles de subir la dégénérescence cancéreuse. Mais cette opinion est aujourd'hui sinon abandonnée, du moins fortement contestée.

Le *pronostic* dépend du siège, de la nature et du volume de la tumeur. Lorsque le polype est implanté sur le museau de tanche et d'un petit volume il n'offre aucune gravité, mais lorsqu'il est volumineux et siège dans la cavité utérine il expose la malade à des accidents plus ou moins graves.

Traitement. — On peut d'abord essayer le traitement purement *médical* qui se rapproche de celui des tumeurs fibreuses et que nous avons déjà décrit. On devra surtout essayer l'ergotine dans le but

de provoquer l'expulsion de la tumeur, mais le traitement des polypes est surtout chirurgical et consiste dans l'*extirpation de la tumeur*. Nous allons examiner les procédés actuellement en usage dans ce but.

Cautérisation. — Quoique peu usitée, elle trouve cependant son application dans le traitement des petits polypes muqueux du col. Elle peut être pratiquée avec le nitrate d'argent, la pâte de Canquoin, le caustique Filhos, le cautère actuel ou la galvano-caustique; mais, nous le répétons, l'emploi de la cautérisation doit être limité aux plus petits polypes du col et encore dans ces cas nous donnons la préférence à la torsion ou à l'excision par le thermocautère.

Ligature. — Ce procédé consiste à faire la constriction du pédicule par un lien suffisamment serré, de façon à empêcher toute communication vasculaire entre le polype et l'utérus. La strangulation amène alors en quelques jours l'escharification du pédicule et la chute de la tumeur.

Dans quelques cas il suffit de saisir le polype avec une pince

Fig. 333. — Polyptome de Simpson.

hémostatique ordinaire (fig. 334) et de pratiquer la torsion puis l'arrachement de la tumeur; mais il est préférable d'employer la pince à

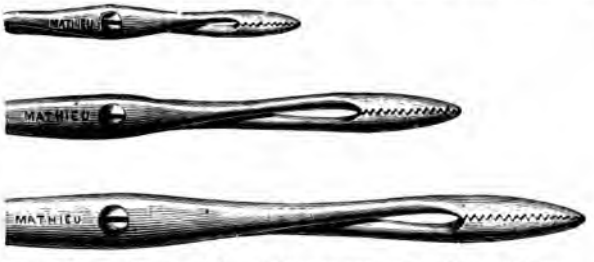


Fig. 334. — Pinces hémostatiques pour saisir les polypes.

polype (fig. 329) et, pour les tumeurs un peu volumineuses un serre-nœud élastique (fig. 332).

Valette, de Lyon, a proposé de saisir le polype avec une forte pince dont les mors légèrement tranchants garnis de pâte de Canquoin sont

fixés à demeure, de sorte qu'une fois l'instrument appliqué on a les effets combinés de la pression et de la cautérisation. Ce procédé qui n'est qu'une modification de celui de Gensoul, ne s'est pas généralisé, avec raison selon nous. L'écrasement linéaire qui rentre dans cette variété de traitement doit être préféré dans le cas où le polype est très volumineux et très vasculaire. Le seul inconvénient que présente cet instrument est la difficulté d'introduction de la chaîne. C'est ce

Fig. 335. — Crochet mousse pour l'énucléation des tumeurs utérines.

qui a fait imaginer un petit appareil très ingénieux, désigné sous le nom de polyptome. Cet instrument se compose d'une sorte de serpette mousse dans la cavité de laquelle on peut saisir le pédicule du polype et le broyer ensuite à l'aide d'une tige coudée mue par une vis (fig. 333).

On peut également employer les divers serre-nœuds (fig. 332).

La *torsion* et l'*arrachement* sont applicables aux petits polypes muqueux du col; ils ne nous paraissent pas applicables aux polypes fibreux volumineux à gros pédicule. Le polyptome de Simpson permet de saisir facilement la tumeur afin d'en pratiquer la torsion et l'arrachement. Cet instrument peut également être employé pour les fibromes pédiculisés et peu volumineux.

Quel que soit l'instrument employé il est toujours utile de cautériser le point d'implantation avec le nitrate d'argent ou le cautère actuel, afin de prévenir la reproduction de la tumeur.

L'*excision* constitue le procédé le plus employé et le plus expéditif, combinée avec l'emploi du thermocautère qui permet de cautériser la base du pédicule et d'arrêter l'hémorragie. Ce mode d'ablation nous paraît le plus simple et le meilleur. Les instruments employés sont de deux ordres, selon qu'ils servent à la préhension ou à la section. Les pinces de Museux constituent les moyens de préhension les plus employés.

La section peut être faite avec un long bistouri boutonné ou de longs ciseaux à courbure. On peut également saisir la tumeur avec des pinces de Museux et l'entourer au moyen de l'écraseur ou du fil métallique. Le galvano-cautère sera préféré lorsque la tumeur est volumineuse et largement pédiculée. Nous conseillons d'éteindre un

bouton du thermocautère sur la plaie lorsque l'excision a eu lieu avec un instrument tranchant.

Parmi les complications possibles à la suite de l'extirpation des

Fig. 336. — Serre-chaîne avec chaîne d'écraseur laissée seule en place.

polypes il faut citer le renversement de l'utérus qui peut être provoqué par des tractions trop brusques.

Lorsque les dimensions du polype ne permettent pas sa sortie par les voies génitales, il faut l'extraire à l'aide du forceps ou morceler la tumeur. Quelques chirurgiens ont conseillé, dans certains polypes fibreux, d'appliquer l'écraseur et laisser la chaîne seule en place (fig. 336) de façon à déterminer l'ischémie de la tumeur avant son ablation. Cette pratique est à peu près abandonnée aujourd'hui depuis l'emploi des fortes pinces à forcipressure.

Ce que nous avons écrit sur le traitement des fibromes s'applique également au traitement des polypes fibreux volumineux. On trouvera également dans les traités d'accouchements les particularités qu'il convient d'observer lorsque les polypes compliquent la grossesse.

CHAPITRE VI

TUMEURS ET LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS (SUITE)

IV. — MÔLES, TUBERCULES, KYSTES DE L'UTÉRUS

§ 1. — Des môles utérines.

Sous ce nom on désigne les altérations des produits de la conception, altérations qui portent tantôt sur l'embryon lui-même, tantôt sur les membranes. Les anciens auteurs donnaient le nom de *môle utérine* à tous les néoplasmes dont la nature leur était inconnue. Il en est résulté une grande confusion dans la description de ces tumeurs.

Quoique appartenant plutôt à l'obstétrique, la môle nous paraît devoir rentrer dans le cadre de cet ouvrage.

Les môles utérines sont attribuées par les embryologistes à la tendance plastique et hypertrophique dont les annexes de l'embryon sont doués. Lorsque cette tendance hypertrophique porte sur le placenta ou sur les éléments superposés des diverses membranes séparées par les caillots interstitiels qui peuvent s'y rencontrer, elle donne naissance à une *môle charnue*; lorsqu'elle porte sur les villosités du premier chorion ou de l'allantoïde, elle donne naissance à la *môle hydatiforme*. Cette division des môles en charmes et hydatiformes est très ancienne, mais elle mérite d'être conservée.

La structure de la môle est variable suivant la date qui s'est écoulée entre la mort de l'œuf et le moment de l'expulsion. Lorsque l'expulsion a lieu très peu de temps après la destruction de l'embryon, la môle conservera la forme de l'œuf, c'est le faux germe de Boivin et Dugès; si l'expulsion a lieu très tard elle présente une texture spongieuse qui rappelle celle du tissu placentaire.

La môle vésiculaire qui a été désignée à tort sous le nom d'hydatides utérines est simplement constituée par les villosités du chorion et du placenta qui, par suite de la mort de l'embryon, se sont hypertrophiées et transformées en vésicules remplies de sérosité. Le volume

de ces vésicules varie depuis un grain de millet jusqu'à celui d'une petite noix. Elles s'accroissent par imbibition en empruntant des

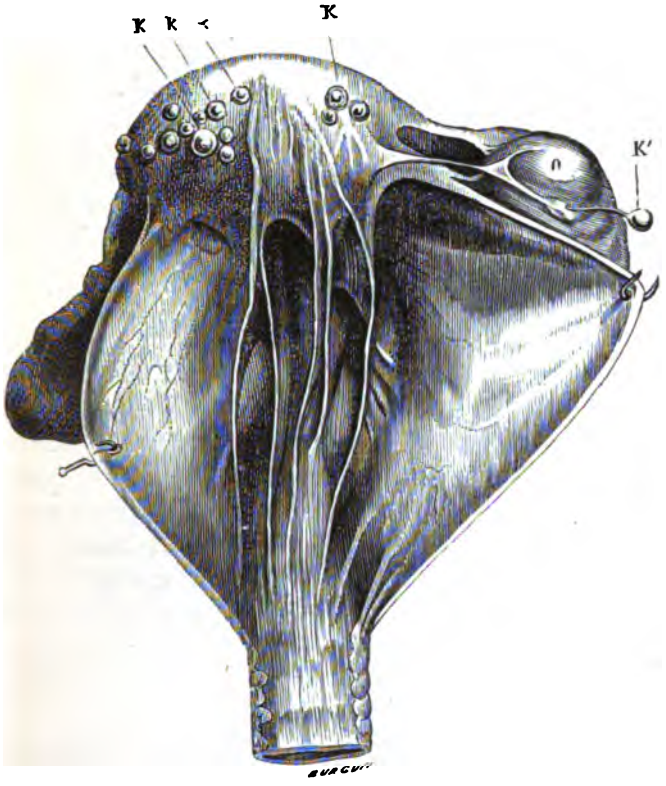


Fig. 337. — Kystes sous-péritonéaux de l'utérus (Péan).
KKK, kystes ; O, ovaire.

matériaux à la caduque utérine qui leur forme le plus souvent une enveloppe complète.

Symptômes. — Les môles donnent lieu à tous les symptômes des tumeurs intra-utérines ; il faut ajouter à ceux-ci la suppression de la menstruation, le ténesme utérin plus prononcé, et, comme complication fréquente, la septicémie et la pelvi-péritonite.

Diagnostic. — Au début, les môles se confondent avec la grossesse, dont elles sont une conséquence pathologique. Plus tard, alors que l'idée d'une grossesse est éliminée, on peut les confondre avec les tumeurs fibreuses et les polypes de l'utérus. Le chirurgien pourra

cependant, dans quelques cas, reconnaître l'absence de pédicule et les bosselures produites par les vésicules de la môle hydatiforme. Mais le plus souvent le diagnostic ne pourra être établi d'une manière précise que par l'examen anatomique de la tumeur après l'expulsion.

Traitement. — Quelques auteurs conseillent l'expectative, ce n'est pas notre opinion. Aussitôt qu'on soupçonne dans l'utérus l'existence d'une tumeur d'origine embryonnaire, il faut l'extraire avec la curette après avoir largement dilaté en employant les méthodes que nous avons exposées plus haut.

§ 2. — Kystes de l'utérus.

L'utérus peut devenir aussi le siège de développements kystiques assez nombreux, qui sont plus souvent occasionnés par une hypertrophie des œufs de Naboth, et qui se confondent alors avec les polypes muqueux que nous avons déjà décrits. Atlee, Péan et Urdy ont, en outre, signalé la présence d'autres kystes naissant au milieu même du parenchyme utérin ou dans sa couche sous-péritonéale, et qui avaient été confondus pendant la vie avec des kystes de l'ovaire. Nous pensons que ces productions avaient pour point de départ des tumeurs fibreuses. Il n'est pas rare, en effet, de trouver dans les énormes fibromes des cavités kystiques constituant à elles seules la partie la plus volumineuse de la tumeur.

On peut encore ranger dans la catégorie des tumeurs utérines les kystes sous-péritonéaux dont Péan a publié plusieurs observations (fig. 337).

On trouve également dans l'utérus des kystes dermoïdes; Péan et Graily Hewith y ont signalé la présence d'un kyste contenant des échinocoques (voy. fig. 338).

§ 3. — Tubercules de l'utérus.

Le tubercule de l'utérus, très rare, du reste, s'observe généralement chez les malades atteintes d'une tuberculose généralisée. Ils ne présentent qu'une importance secondaire en thérapeutique et passent souvent inaperçus pendant la vie.

Le tubercule apparaît sur la muqueuse utérine sous la forme de granulations grises qui se rassemblent et s'étendent au col et quelquefois aux trompes. Lorsque ces granulations se ramollissent, la

muqueuse devient pulpeuse, caséeuse et jaune; la tuberculisation envahit ensuite le parenchyme, de sorte qu'en peu de temps la paroi de l'organe est profondément attaquée. Cette masse caséeuse suppure

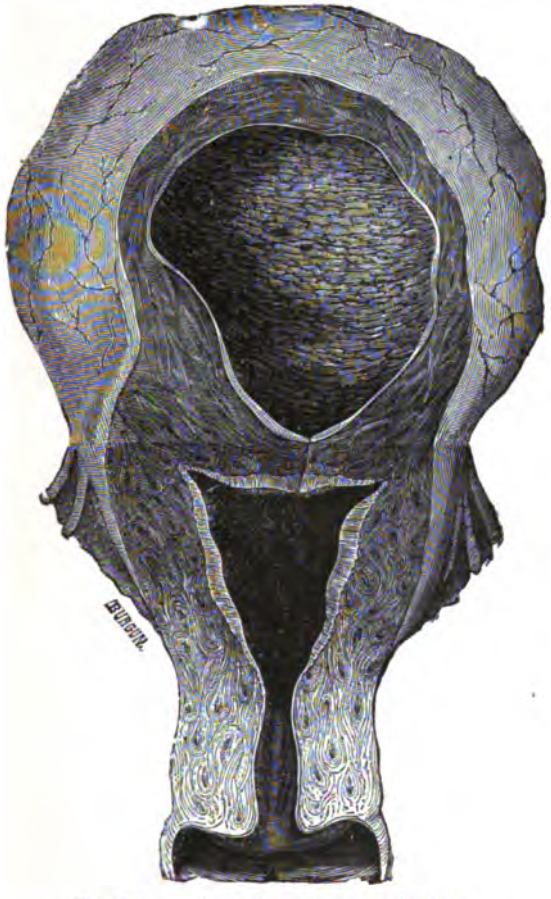


Fig. 338. — Kyste hydatique de l'utérus.

et se détache par fragments; dans certains cas l'ulcération peut amener la destruction totale de la paroi interne et déterminer une perforation, ainsi que H. Cooper en a rapporté un exemple.

Quoique Barnes et plusieurs auteurs anglais admettent l'existence d'une *phtisie utérine*, indépendante de la *phtisie pulmonaire*, il est incontestable que, dans la grande majorité des cas, la tuberculose de l'utérus coïncide avec la tuberculose du poumon; elle ne s'observe du reste que rarement. En effet sur 100 observations de tuberculose pul-

monaire recueillies par Nonat, l'utérus n'était atteint que dans trois

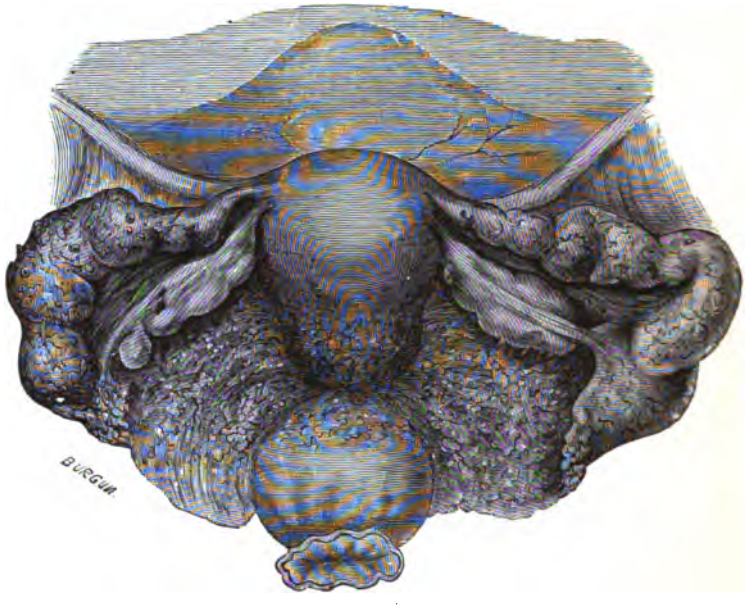


Fig. 339. — Tuberculose de l'utérus. (Les deux trompes sont envahies.)

cas. Puech n'a observé que 3 cas de tuberculose utérine sur 100 autopsies de phtisiques; Courty n'en a rencontré que 2 cas sur 100.

La figure 339 constitue un exemple de tuberculose de l'utérus avec envahissement des annexes.

CHAPITRE VII

DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS

Suivant la manière dont ils se produisent, les changements de situation de l'utérus peuvent être divisés en quatre classes : 1° l'utérus peut être abaissé ou élevé, ce sont les *déplacements proprement dits ;* 2° il peut être dévié à droite, à gauche, en avant ou en arrière, ce sont les *versions* : (latéroversion, antéversion, rétroversion) ; 3° il peut être incurvé ou fléchi sur lui-même, ce sont les *flexions* (antéflexion, rétroflexion, latéroflexion) ; 4° enfin l'utérus peut se retourner sur lui-même à la manière d'un doigt de gant (*inversion*).

Nous allons étudier séparément chacune de ces classes qui se divisent elles-mêmes en plusieurs variétés.

I. — Déplacements proprement dits

Nous décrivons sous ce nom les cas où l'utérus est déplacé en totalité, soit en haut, soit en bas, soit sur les côtés. De là deux variétés importantes : 1° l'élévation ; 2° l'abaissement ou prolapsus.

§ 1. — Élévation de l'utérus.

Nous n'avons pas à parler ici de l'élévation normale de l'utérus gravide, mais d'un état pathologique assez rare qui est presque toujours lié à une lésion ayant son siège dans les annexes de l'utérus et qui ne mérite du reste qu'une simple mention. On l'observe le plus souvent lorsqu'une tumeur développée dans le vagin, la vessie, le rectum ou le cul-de-sac recto-vaginal pousse l'utérus de bas en haut et détermine un phénomène identique à celui qui a lieu vers le 4° mois de la grossesse. Nous ne nous occuperons pas du traitement de cette variété, qui est toujours symptomatique d'un autre état morbide plus grave que le déplacement lui-même.

§ 2. — Abaissement ou prolapsus de l'utérus.

Cet état morbide a donné lieu à de vives discussions, il y a un demi-siècle, lorsque Huguier a voulu lui enlever son entité pathologique et transformer tous les prolapsus utérins en allongements hypertrophiques du col. Cette opinion surannée n'a plus cours aujourd'hui et tous les auteurs reconnaissent le prolapsus utérin, sorte de hernie due à l'athrepsie générale des tissus et à l'atonie des organes de suspension.

Division. — Selon le degré d'abaissement on distingue ordinairement trois variétés dans le prolapsus utérin :

Fig. 340. — Schéma montrant les degrés successifs du prolapsus et les degrés de rétroversion qui les accompagnent.

AB, axe du détroit inférieur; — CD, axe du détroit supérieur; — DE, cercle de l'excavation; 1, position normale de l'utérus; — 2, 3, 4, degrés du prolapsus; — R, rectum.

1° Le *simple abaissement* dans lequel l'utérus ne se montre pas à la vulve et remplit seulement la portion supérieure du vagin ;

2° Le *demi-prolapsus* dans lequel l'utérus apparaît à la vulve et remplit la totalité du canal vaginal qui s'est retourné sur lui-même comme un doit de gant ;

3° Le *prolapsus complet* dans lequel l'utérus, ayant franchi la vulve et entraînant avec lui le vagin renversé, fait saillie entre les cuisses de la malade (fig. 340).

Etiologie. — Les *causes* qui peuvent produire le prolapsus utérin sont multiples. Les unes sont inhérentes à l'utérus, les autres se rattachent aux moyens de fixité, d'autres causes tiennent à l'état du vagin et d'autres siègent dans l'abdomen.

Parmi les causes qui sont inhérentes à l'utérus et qui sont nombreuses, il faut citer toutes les circonstances qui augmentent le volume et surtout le poids de l'organe : les tumeurs, la grossesse, l'hypertrophie, la rétention des liquides dans la cavité, etc.

Le relâchement des ligaments qui fixent l'utérus dans le bassin est une cause fréquente de prolapsus, mais ce relâchement est lui-même la conséquence d'états divers qu'il importe de mentionner. Sa cause principale est la parturition laborieuse et répétée. Sur 114 femmes

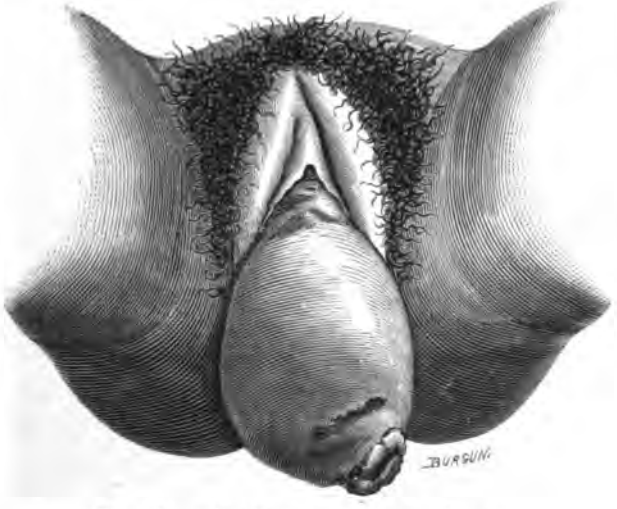


Fig. 341. — Prolapsus complet de l'utérus.

atteintes de prolapsus traitées par Scanzoni, 15 seulement étaient nullipares. Il est donc incontestable que la parturition est une des causes les plus fréquentes du prolapsus. Parmi les causes qui affaiblissent les moyens de fixité il faut encore mentionner le manque de tonicité des parois abdominales et la disparition de la graisse contenue dans le tissu aréolaire pelvien. Cet état s'observe surtout chez les vieillards

et les personnes très amaigries. Barnes a beaucoup insisté sur cette cause.

Hart avait comparé le prolapsus utérin à la hernie intestinale. Cette comparaison est juste avec cette restriction cependant que l'intestin est essentiellement mobile et sans attaches fixes ; l'utérus au contraire est doué d'une mobilité limitée et à des points de suspension fixes; pour que la hernie utérine se produise, il faut que ces ligaments suspenseurs soient affaiblis ou altérés.

Symptômes. — Ils sont nuls ou peu marqués au début. Plus tard, lorsque l'utérus est plus abaissé et occupe une partie du conduit vaginal, les malades accusent des tiraillements, des lassitudes et une pesanteur à la partie inférieure du rectum. Ces symptômes sont généralement augmentés par les efforts, la marche et la station verticale prolongée. On observe généralement des troubles dans les fonctions de la vessie et du rectum ; dysurie, constipation ou diarrhée. Ces symptômes ne deviennent du reste très accentués que lorsque l'utérus apparaît à la vulve.

On sent très distinctement avec le doigt à une distance plus ou moins rapprochée de la vulve, la tumeur formée par l'utérus et on obtient la sensation caractéristique que donne au toucher le museau de tanche.

Lorsque l'utérus apparaît à la vulve, les symptômes sont plus accusés. Le col utérin est ordinairement entouré d'un bourrelet formé par

Fig. 342. — Pessaire en émail forme cupule.

Fig. 343. — Pessaire anneau en émail.

Fig. 344. — Pessaire ovoïde en émail.

les parois du vagin. La malade sent distinctement un corps qui pèse sur la vulve ; elle éprouve des épreintes et la marche devient pénible.

Enfin, lorsque la chute est complète, l'utérus, complètement sorti de la vulve, forme entre les cuisses une tumeur volumineuse, tantôt globuleuse et étranglée à son origine, tantôt allongée, selon le degré du déplacement. La surface de la tumeur n'est autre chose que la

muqueuse vaginale renversée sur elle-même par une sorte d'invagination analogue à celle qui se produit dans le prolapsus rectal ; quel que soit, du reste, le degré de prolapsus, l'utérus est en général congestionné et sa muqueuse enflammée ; sa cavité est augmentée de

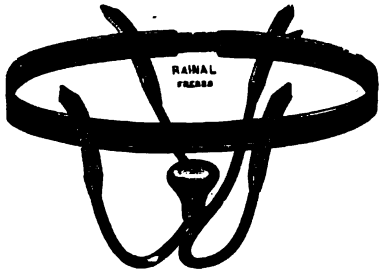


Fig. 345. — Ceinture avec plancher pour le prolapsus de l'utérus.

volume et le col est presque toujours érodé et déchiqueté (fig. 341). Lorsque la tumeur a fait longtemps saillie à la vulve, la muqueuse vaginale exposée aux frottements et aux influences atmosphériques, prend insensiblement les caractères de la peau, elle devient comme *tannée*.

Complications. — Le prolapsus utérin complet est presque toujours compliqué de cystocèle. Le bas-fond de la vessie adhérant au col de l'utérus se trouve nécessairement entraîné par le prolapsus et forme en avant de la tumeur, au-dessous du canal de l'urètre, une cavité accessoire de la cavité vésicale qui se trouve ainsi bilobée ; à la suite du même mécanisme la rectocèle peut se produire, mais

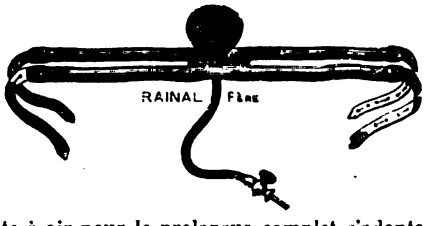


Fig. 346. — Pelote à air pour le prolapsus complet s'adaptant à une ceinture.

elle est relativement beaucoup plus rare que la cystocèle. De tous les troubles fonctionnels qui compliquent le prolapsus utérin, ceux de la miction sont certainement les plus pénibles.

Les malades sont souvent obligées de se pencher en avant et de comprimer la cystocèle pour déterminer l'évacuation à peu près com-

plète de la vessie. Il en résulte que le liquide, ne pouvant être poussé à distance comme dans l'état normal, coule sur la tumeur et irrite la muqueuse vaginale.

Du côté du rectum il existe souvent des difficultés de défécation.

Fig. 347. — Cet appareil est applicable dans les cas de chute complète de l'utérus. Ce pessaire se compose d'une tige en caoutchouc longue de 5 centimètres environ très fortement excavée à sa partie supérieure. La cupule devant recevoir l'utérus repose sur un plancher périnéal, lequel est muni de quatre sous-cuisses venant se fixer à une ceinture.

Les matières stercorales s'accumulent quelquefois dans la poche de la rectocèle et les malades sont alors obligées de refouler la tumeur pour en obtenir l'évacuation complète. Mais il est à remarquer que le prolapsus, même à un degré avancé, n'occasionne pas ordinairement de désordres menstruels et n'entraîne pas nécessairement la stérilité. En effet, lorsque la tumeur est réductible, comme cela a lieu souvent, le coït est possible et rien ne s'oppose à la fécondation. La grossesse produit même une amélioration. En effet, l'utérus s'élève au-dessus de l'excavation pelvienne et la femme est momentanément débarrassée de son infirmité qui se reproduit le plus souvent après l'accouchement.

Le prolapsus utérin se complique fréquemment d'endométrite et

Fig. 348. — Coussinet pour soutenir le périnée.

de phlegmasie péri-utérine ; il se montre souvent en même temps que diverses tumeurs intra ou extra-utérines ; mais la complication la plus fréquente est l'allongement hypertrophique du col : ce qui avait fait dire à Huguier que le prolapsus n'existait pas et que l'affection décrite sous le nom de prolapsus n'était autre chose qu'une hypertrophie des tissus.

Le *diagnostic* est généralement facile. Cependant le prolapsus a été confondu avec les polypes ou autres tumeurs *utérines*, l'inversion utérine et l'allongement hypertrophique.

Il suffit de signaler ces causes d'erreur pour les éviter. Rappelons cependant que, dans l'allongement hypertrophique sans prolapsus, la tumeur n'est pas réductible.

Le *pronostic* est mauvais en ce qui concerne la guérison définitive. Il dépend surtout du degré du prolapsus et de l'état de l'utérus et du vagin ; mais nous ne saurions trop le répéter, la guérison du prolapsus est incertaine, malgré les récentes méthodes de traitement proposées et sur lesquelles nous nous étendrons assez longuement.

Le *traitement* est *palliatif* et *curatif*, mais la première indication consiste à replacer l'organe dans sa position normale.

La *réduction* s'opère en général assez facilement, même dans le prolapsus au troisième degré. Dans quelques cas cependant où elle est

Fig. 349. — Pessaire à tube transversal. Cet instrument est une modification du pessaire sphérique de Gariel. — La modification consiste en ce qu'il est traversé dans toute sa longueur par un tube qui a pour effet de laisser échapper les sécrétions.

difficile, il est nécessaire d'avoir recours à une sorte de taxis. Dans ce cas il faut placer la malade dans la position *génu-pectorale* qui facilite la gravitation des viscères abdominaux vers le diaphragme, puis on pratique des efforts de réduction en dirigeant l'organe dans l'axe du détroit inférieur. On pratiquera une pression douce jusqu'à ce que l'organe ait repris sa position. Il est très rare que l'utérus résiste à un taxis méthodique, mais on a cependant observé quelques cas où la réduction n'a pu être pratiquée. Une fois l'organe revenu à

sa position normale il faut le maintenir en place. Les moyens de contention employés à cet effet sont de deux ordres : tantôt ils sont simplement palliatifs, tantôt ils ont pour but une guérison définitive. Dans le premier cas, le traitement est simplement mécanique, dans le second cas il comprend des opérations chirurgicales plus ou moins importantes.

Pessaires. — Les *moyens mécaniques* doivent être étudiés avec

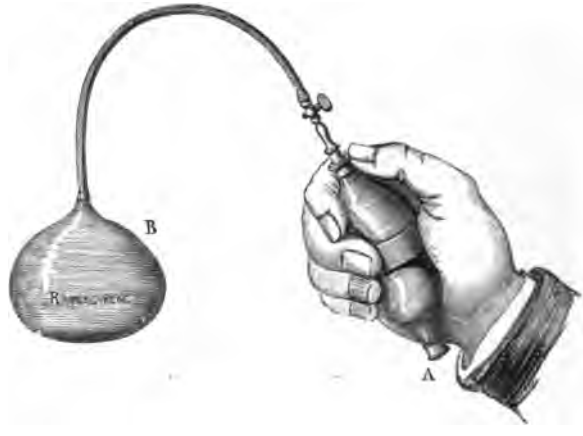


Fig. 350. — Pessaire sphérique à air. Ce pessaire supporte l'utérus en remplissant le vagin; on l'introduit vide d'air, roulé sur lui-même et réduit à un très petit volume jusqu'au col de l'utérus, on le distend alors par l'insufflateur.

soin. On se souvient qu'il y a quelques années, l'Académie de médecine de Paris, sous l'influence de Depaul, avait déclaré que les pessaires étaient plutôt nuisibles qu'utiles. Ces opinions, qui provenaient

Fig. 351. — Pessaire en gimblette à air. — Ce pessaire est employé dans le même cas que le pessaire sphérique; l'ouverture pratiquée au milieu et sur laquelle repose le col de l'utérus, sert à la sortie des liquides secrétés.

sans doute de l'état d'imperfection dans lequel se trouvait alors cette branche de la gynécologie, doivent être abandonnées aujourd'hui.

Sans doute les pessaires ne doivent être considérés que comme des palliatifs, mais il est incontestable qu'un grand nombre de femmes atteintes de prolapsus peuvent être soulagées par l'emploi de ces instruments.

Indications générales sur l'emploi des pessaires. — Ces appareils

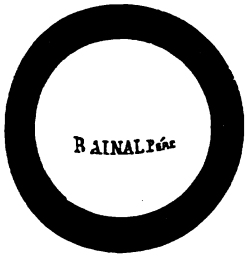


Fig. 352. — Pessaire anneau simple.

Fig. 353. — Pessaire anneau avec diaphragme.

Fig. 354. — Pessaire à anneau plié en 8 pour l'introduction.

étant destinés à être placés en contact immédiat avec le tissu de

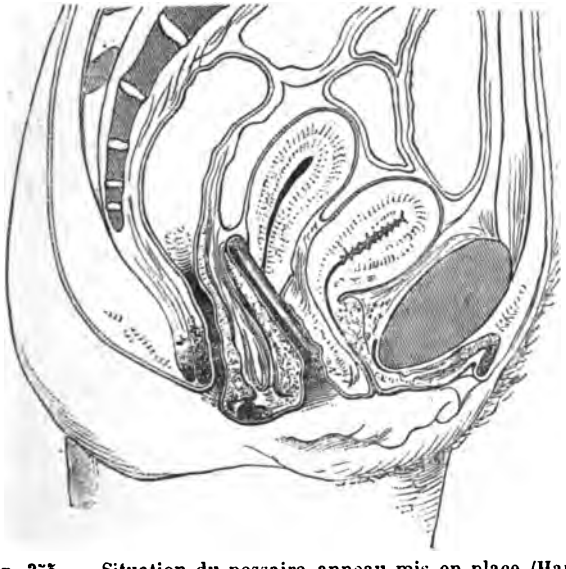


Fig. 355. — Situation du pessaire anneau mis en place (Hart).

l'utérus et à y séjourner un temps plus ou moins long ne doivent être

appliqués que dans les déplacements exempts de complication. Ils sont donc contre-indiqués chaque fois qu'il existe en même temps

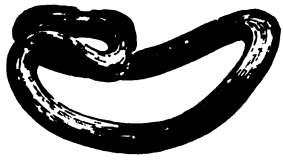


Fig. 356. — Le pessaire de Vulliet vu de profil.

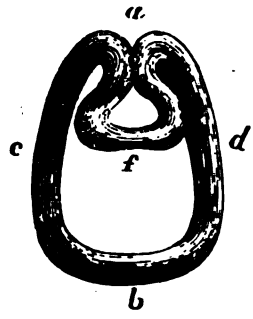


Fig. 357. — Par sa face supérieure.

Fig. 358. — Le pessaire vu par sa face inférieure.

avec le prolapsus un état inflammatoire de l'utérus ou de la muqueuse

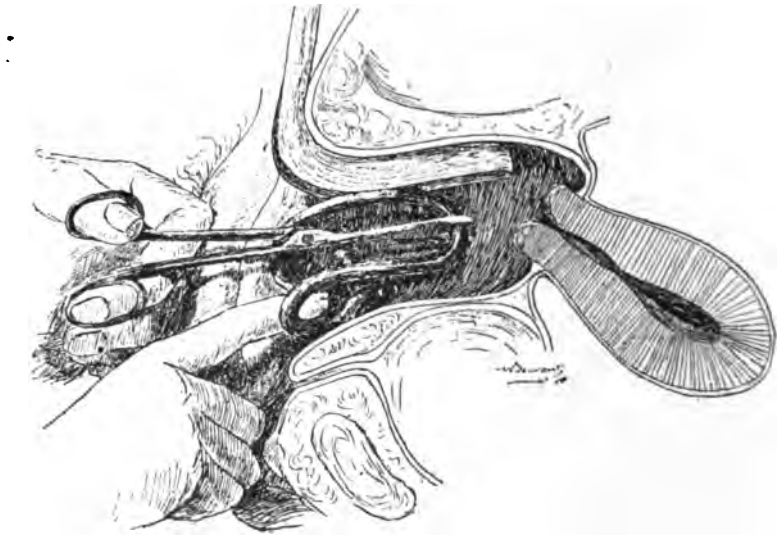


Fig. 359. — Introduction du pessaire de Vulliet.

vaginale, une hématocèle péri-utérine ou toute autre lésion qui pourrait être aggravée par l'application d'un instrument intra-vaginal.

On pourra préparer la malade par des injections vaginales astringentes. On fera cesser la pression des intestins sur l'utérus en faisant porter à la malade des bretelles qui supporteront les vêtements et une ceinture abdominale. Lorsque cela sera possible, on pratiquera l'abla-

tion de toutes les tumeurs : polypes, fibroïdes, etc.. qui augmentent le poids de l'organe.

Choix du pessaire. — Le choix de l'instrument doit varier selon

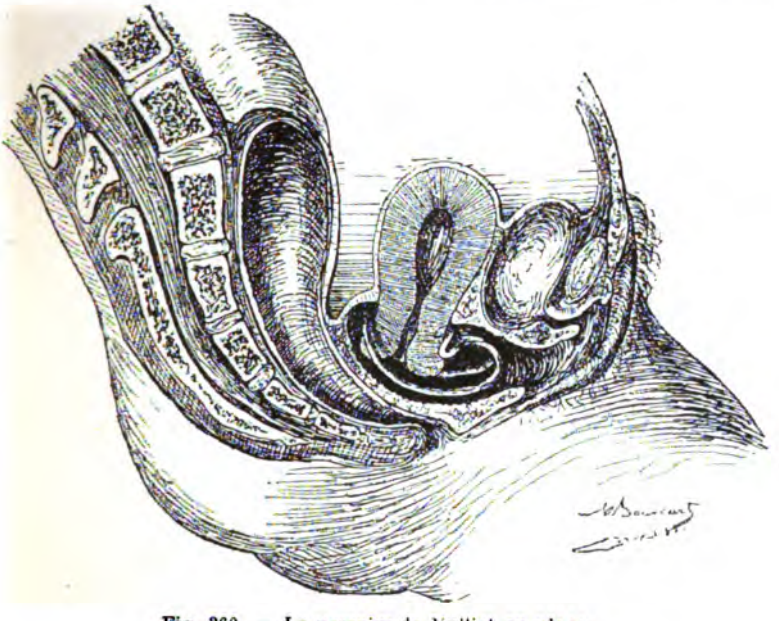


Fig. 360. — Le pessaire de Vulliet en place.

le degré du prolapsus, selon le poids de l'utérus et selon que la vulve et le périnée sont intacts.

Dans le *prolapsus complet* il n'y a d'autres ressources que les appa-

Fig. 361. — Pessaire de Hodge à barres transversales pour le prolapsus.

reils se composant d'un plancher pelvien (fig. 346, p. 395) fixé avec une ceinture (fig. 345 et 347) et muni d'un support intra-vaginal.

Les pessaires à air de Gariel (fig. 349, 350, p. 396) peuvent ren-

dre des services mais ils distendent le vagin et il faut de temps en temps les renouveler en augmentant leur volume parce qu'ils s'échappent pendant les efforts de la défécation.

Le pessaire à anneau (fig. 352, p. 399) de Meigs, ou de Dumont-

Fig. 362. — Pessaire de Cutter.

pallier est d'un usage très fréquent et rend des services pour le prolapsus au premier degré; celui de Hodge (fig. 361) est également utile.

Le pessaire de Vulliet (fig. 356, p. 400) est préférable. C'est un anneau en aluminium, pourvu d'un appendice ayant la forme d'un triangle. Lorsque l'instrument est en place, le corps de l'utérus plonge dans l'espace libre et le bord postérieur de l'anneau. L'appendice soutient la paroi vésico-vaginale et par conséquent la vessie. L'anneau *a*, *b*, *c*, *d* soutient et tend la paroi postérieure du vagin.

Le pessaire de Vulliet est également très utile dans la rétroversion.

Cutter a donné son nom à des instruments qui soutiennent parfaitement l'utérus, le rectum et la vessie sans distendre le canal vaginal et qui sont assez facilement supportés (fig. 362 et 363).

Les pessaires à point d'appui extérieur sont incomparablement plus efficaces que ceux à point d'appui intra-vaginal, et ils mériteraient d'être plus généralisés en France. Ils ont un mécanisme plus compliqué et sont plus dispendieux. Ils nous paraissent devoir être préférés lorsque le degré de prolapsus nécessite absolument l'emploi d'un moyen de support et de contention et lorsque les malades n'acceptent pas les interventions chirurgicales de nature à produire la guérison.

Quel que soit l'instrument employé, on devra, avant tout, s'assurer qu'il ne blesse pas les parties. Il est de règle de ne jamais appliquer un pessaire, si ce n'est après avoir acquis la certitude que la malade peut elle-même le retirer.

Traitement curatif opératoire. — Il est essentiellement chirurgical et consiste dans différentes opérations ayant pour but de modifier le vagin, la vulve et le périnée, d'assurer à l'organe déplacé un support naturel et permanent. Nous consacrons un chapitre spéciale à ces opérations (*colporrhaphie*, *colpectomie*, *élytrorrhaphie*, etc., p. 430).

Enfin, chez les femmes âgées atteintes de prolapsus graves, on a pratiqué avec succès l'*hystérectomie vaginale* (voy. ce chapitre);

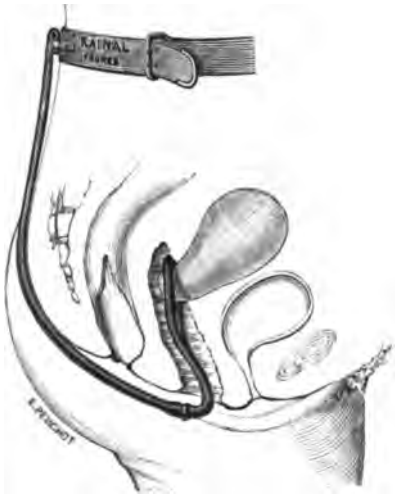


Fig. 363. — Pessaire de Cutter en place.

cette opération, conseillée par Richelot et un grand nombre de chirurgiens, n'est indiquée que dans les cas où le prolapsus est irréductible; il en est de même de l'*oblitération du vagin*, page 448.

II. — Versions de l'utérus

Les versions de l'utérus, souvent confondues avec les autres déviations utérines, méritent cependant une description spéciale.

Chaque fois que l'axe de l'organe ne correspond plus à celui du détroit supérieur du bassin, il y a version de l'utérus.

On distingue plusieurs variétés de versions. L'antéversion, la rétroversion et la latéroflexion. Il peut, en outre, se produire des déplacements intermédiaires participant à la fois des uns et des autres, mais dont la médiocre importance ne nécessite pas une description spéciale.

§ 1. — Antéversion.

L'antéversion consiste en une inclinaison de l'utérus en avant, de telle sorte que le fond de l'organe se rapproche de la symphyse pubienne, tandis que le corps se porte dans la concavité du sacrum (fig. 364). Comme dans l'état normal l'utérus est légèrement porté en

avant, on peut dire que cette affection n'est en quelque sorte que l'exagération de l'inclinaison naturelle de l'utérus. D'après Sims, l'antéversion s'observe surtout chez les femmes stériles.

Etiologie. — Parmi les causes spéciales on doit citer la présence

Fig. 364. — Utérus en antéversion.

des corps fibreux ou d'autres tumeurs dans la paroi antérieure de l'utérus, les tumeurs rétro-utérines qui pressent l'organe en arrière et le repoussent contre le pubis, les phlegmons et l'hématocèle, qui agissent de la même manière, les adhérences de l'utérus avec la paroi postérieure de la vessie, et enfin le relâchement des ligaments utéro-sacrés et la rétraction des ligaments antérieurs.

Symptômes. — Non seulement l'antéversion donne lieu à une série de symptômes généraux communs à tous les déplacements utérins, mais elle détermine fréquemment des désordres spéciaux du côté de la vessie et du rectum, désordres qui s'expliquent d'ailleurs assez facilement par la nature du déplacement de l'utérus.

La pression exercée par le col utérin contre la paroi vaginale postérieure est souvent une cause de dysménorrhée et de stérilité. Ce fait a été mis hors de doute par les travaux de Sims, de Gaillard Thomas et de Pajot.

Le fond de l'utérus antéversé comprime la vessie, tandis que le col déprime le rectum. Il n'est donc pas rare d'observer des troubles fonctionnels de ces organes, surtout lorsque l'antéversion est très prononcée. La vessie surtout est affectée par cette pression ; le rectum la supporte en général assez facilement.

Examen. — La palpation abdominale, le toucher vaginal et rectal,

le cathétérisme utérin permettent presque toujours de reconnaître la nature du déplacement.

Dans l'antéversion, le col, porté en arrière et en haut, est un peu

Fig. 365. — Redresseur utérin de Sims.

a, tige intra-utérine ; *c*, point d'articulation ; *b*, anneau dans lequel on introduit le doigt pour donner la direction à la tige utérine.

plus éloigné de la partie antérieure de l'orifice vaginal qu'à l'état normal. En arrière du col on ne peut arriver jusqu'à la face antérieure du corps ; en avant, au contraire, en déprimant le cul-de-sac antérieur,

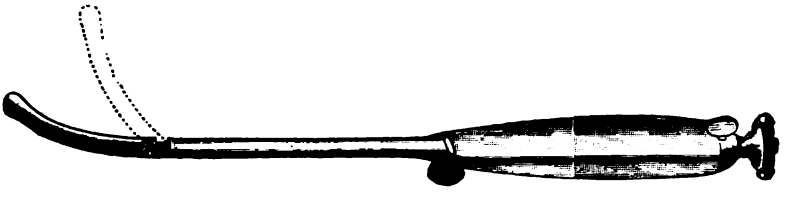


Fig. 366. — Redresseur articulé de Trélat.

en sent la face postérieure du col, dans une étendue plus grande que normalement, quelquefois même tout entière. Le toucher rectal détermine le degré de compression exercée par le col utérin sur le rectum et permet de constater que ce corps n'est pas dans sa position normale ; il permet également de reconnaître qu'il n'existe, à la partie postérieure de l'utérus, aucune tumeur qui en cause la déviation. L'examen au speculum ne laisse apercevoir que la lèvre antérieure. Pour pratiquer le cathétérisme utérin, il faut baisser fortement le manche de l'hystéromètre et déprimer la fourchette.

Durée, terminaison. — Quoique quelques auteurs aient rapporté quelques cas dans lesquels la grossesse a fait disparaître cette affection, on peut considérer l'antéversion comme n'ayant aucune tendance à guérir spontanément.

Diagnostic différentiel. — On pourrait confondre l'antéversion

avec une tumeur de la paroi antérieure de l'utérus ou un phlegmon

Fig. 367. — Pessaire échancré à air, de Gariel, pour l'antéversion et la rétroversion.

Fig. 368. — Pessaire à air de Gariel, pour l'antéversion.

péri-utérin. Mais le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale et le toucher rectal, permettra d'éviter l'erreur.

Traitement. — De même que dans le prolapsus, le traitement comprend deux indications : la *réduction* et la *contention*.

Fig. 369. — Pessaire de Sims pour l'antéversion.

Fig. 370. — Pessaire de Gottschalk.

Voici comment il faut procéder à la *réduction* : la malade est placée dans le décubitus dorsal avec flexion forcée des membres inférieurs. Le chirurgien, pressant d'une main sur l'hypogastre de manière à fouler l'utérus en arrière, ramène le col en avant avec le redresseur (fig. 365, 366, p. 405) introduit dans l'utérus et fait ainsi basculer l'organe d'avant en arrière.

Une fois la réduction obtenue, il faut maintenir l'utérus en place. La position de la malade, dans le décubitus dorsal qui sera maintenu le plus longtemps possible, a été conseillée. C'est, en effet, une

mesure utile lorsque l'antéversion est récente ; mais elle est insuffisantes pour donner des résultats définitifs.

Nous en dirons autant des ceintures hypogastriques qui procurent

Fig. 371. — Le pessaire de Zwanck ouvert pour l'antéversion.

toujours du soulagement lorsqu'elles sont bien appliquées ; mais qui sont insuffisantes pour procurer la guérison.

Piorry, puis G. Thomas, ont conseillé la rétention prolongée de

Fig. 372. — Pessaire de Zwanck fermé.

l'urine. Pour rendre ce procédé plus efficace, il faut placer la malade dans le décubitus dorsal, et élever la partie inférieure du corps. La vessie distendue par l'urine refoule l'utérus en arrière, en même temps que le poids de la masse intestinale est atténué grâce à la position.

Pessaires. — C'est encore aux pessaires qu'il faut s'adresser pour obtenir un moyen efficace de contention et parfois de guérison. Mais l'emploi de ce mode de traitement ne présente pas les mêmes avantages dans les déplacements antérieurs, que dans les déplacements postérieurs.

Dans l'antéversion, le pessaire globuleux à air (fig. 368) qu'on

placera dans le cul-de-sac vaginal antérieur peut rendre quelques services, mais la contention ainsi obtenue n'est efficace qu'à la condition de fixer l'appareil avec une ceinture périnéale. L'instrument le

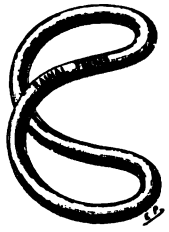


Fig. 373. — Pessaire à antéversion de Gehrung.

plus efficace est le pessaire à antéversion de G. Thomas. Cet instrument se compose d'un parallélogramme sygmoïde en étain, sur lequel

Fig. 374. — Pessaires à levier de Gaillard Thomas.

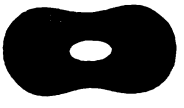


Fig. 375. — Pessaire en 8 de chiffre pour l'antéversion.

s'adapte un arc mobile qui soutient l'utérus antéversé. Cet arc se plie sur le pessaire pour faciliter l'introduction de l'instrument, et il se

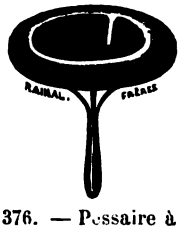


Fig. 376. — Pessaire à tige en cupule.

Fig. 377. — Le même en émail.

Fig. 378. — Autre forme de pessaire à tige.

redresse naturellement lorsqu'il est introduit, et produit ainsi une contention permanente (fig. 374, 381 et suivantes).

Les pessaires en gimblette et à tige sont employés par quelques gynécologues. Martin les recommande chez les femmes affaiblies.

Après avoir réduit le prolapsus et replacé l'utérus dans sa position normale, on introduit le pessaire, la tige étant tenue horizontalement et perpendiculairement à l'axe du vagin. Aussitôt que l'anneau a

Fig. 379. — Pessaire de Grailly Hewitt.

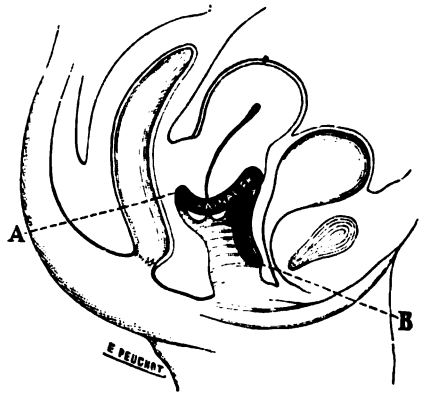


Fig. 380. — Le même en place.

pénétré au-dessus du tiers supérieur du conduit, on lui donne une direction transversale ; de cette façon, la tige devient verticale. Le

Fig. 381. — Pessaire de Thomas pour l'antéversion.

Fig. 382. — Le même ouvert.

Fig. 383. — Pessaire de Thomas en place.

pessaire remplit la moitié supérieure du vagin et est empêché, par la tige qui proémine à l'intérieur, de reprendre sa direction première et de tomber au dehors, si par hasard la paroi antérieure ou postérieure du vagin avait de la tendance au prolapsus (fig. 376 et suivantes).

Le pessaire Graily Hewitt (fig. 379) est applicable dans le cas d'antéversion. Il est formé de deux anneaux réunis à angle presque

droit. Le col de l'utérus est embrassé par l'anneau postérieur, tandis que l'anneau antérieur s'applique derrière le pubis. L'angle qui réunit ces deux anneaux est placé dans le cul-de-sac vaginal antérieur, il sert à repousser la face antérieure de l'utérus en arrière. La figure 380 représente ce pessaire après son application.

Dans les cas où l'antéversion est la conséquence d'un relâchement du plancher pelvien et des muscles abdominaux, on se trouvera bien de faire porter à la malade une ceinture hypogastrique.

Le pessaire de G. Thomas rend des services dans l'antéversion surtout lorsqu'elle est compliquée de cystocèle ; nous signalons aussi le pessaire de Gehrung (fig. 373) et celui de Zwanck (fig. 371).

Les *pessaires intra-utérins* sont certainement efficaces dans le traitement des versions et des flexions ; mais ces instruments, qui sont les seuls qui aient le pouvoir de rectifier la position de l'organe, donnent souvent lieu à des accidents inflammatoires qui les ont fait abandonner par beaucoup de chirurgiens. Leur emploi doit être limité à quelques cas spéciaux, dans lesquels ont peut exercer sur les malades une surveillance incessante.

Nous parlerons de ces instruments à propos de la rétroflexion.

§ 2. — Rétroversion.

Lorsque l'utérus est incliné en arrière, qu'il forme, avec l'axe du détroit supérieur, un angle de plus de 45 degrés, il y a rétroversion. Dans ce cas, le fond de l'organe est dirigé en arrière et en bas, tandis que le col regarde en haut et en avant.

Étiologie. — La rétroversion congénitale, qui est plus rare que l'antéversion parce qu'elle est tout à fait contraire à l'inclinaison naturelle de l'utérus, dépend le plus souvent d'un état pathologique. On l'observe cependant isolément, et elle peut même exister chez des vierges. Indépendamment des causes communes avec les autres déviations utérines, cette affection reconnaît pour causes spéciales les tumeurs intra-utérines, les polypes ou les corps fibreux de la paroi postérieure, dont le poids entraîne l'organe en arrière ; les tiraillements exercés par des adhérences ou des brides péritonéales résultant d'une phlegmasie postérieure, les tumeurs développées dans la vessie ou dans la cloison utéro-vésicale, les grossesses répétées, toutes les causes enfin qui agissent en refoulant l'utérus en arrière.

G. Thomas a beaucoup insisté sur l'influence de l'accouchement

qui agit en affaiblissant la tonicité des ligaments et en augmentant le poids de l'utérus. Une autre cause consiste dans l'abus qu'on fait chez les nouvelles accouchées de la compression à l'aide d'un bandage de corps.

La distension de la vessie par l'urine, considérée par quelques

Fig. 384.
Pessaire à bulbe.

Fig. 385. — Pessaire de Hodge en fer à cheval pour la rétroversion.

auteurs comme une cause de rétroversion, ne nous paraît pas avoir une influence sérieuse dans l'étiologie de cette affection.

Symptômes. — Les signes subjectifs sont à peu près les mêmes que dans l'antéversion et les autres déplacements : pesanteur, gêne pendant la marche, constipation, etc. Le diagnostic ne peut donc être établi que par les signes objectifs.

On constate, par le *toucher vaginal*, l'absence du col dans le cul-de-sac postérieur. Celui-ci se trouve contre la paroi antérieure du vagin, et son orifice est situé derrière la symphyse pubienne.

Par le *toucher rectal* on sent le fond arrondi de l'utérus qui fait saillie dans ce canal. L'extrémité du doigt peut parfois circonscrire la masse utérine, ce qui permet, dans la plupart des cas, de redresser l'organe en associant le toucher vaginal au toucher rectal. Lorsque le redressement est opéré, on peut sentir l'utérus par la palpation abdominale.

On ne peut apercevoir le col avec les spéculums, qu'après avoir redressé l'utérus. Pour pratiquer le cathétérisme utérin, il faut élever fortement le manche de l'instrument vers le pubis. Ce cathétérisme permet de relever l'utérus et de s'assurer qu'il n'existe aucune adhérence ; mais il ne faut le pratiquer qu'avec les plus grands ménagements.

Le *diagnostic différentiel* doit être établi avec soin. On peut confondre la rétroversion avec certaines tumeurs développées dans l'utérus ou dans la région rétro-utérine. C'est par le toucher rectal

combiné avec le cathétérisme utérin, qu'on évitera les causes d'erreur.

Il faut également s'attacher à reconnaître les *complications*. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer la présence d'un corps fibreux, d'un

Fig. 386. — Pessaire de Studley pour la rétroversion.

phlegmon rétro-utérin ou de toute autre tumeur ; mais il est à remarquer que la rétroversion ne peut être accompagnée que de tumeurs rétro-utérines d'un petit volume. Toute tumeur volumineuse siégeant sur ce point repousserait l'utérus en avant, et déterminerait une antéversion.

Le *diagnostic différentiel* avec la rétroflexion s'établit avec l'hystéromètre, qui permet de reconnaître la direction du canal utérin.

La rétroversion n'a aucune tendance à guérir spontanément.

Traitement. — Pour la *réduction*, Sims employait des porte-éponges munis d'éponges, dont l'un, appuyant dans le cul-de-sac postérieur du vagin, relève le fond de l'utérus, tandis que l'autre, appuyant sur la lèvre antérieure du col, associe son effort au premier, et complète

Fig. 387. — Pessaire de Fowler à arc pour la rétroversion.

la réduction. On peut également pratiquer la réduction avec les doigts ou avec le redresseur utérin (fig. 365), mais il ne faut pas insister si l'on rencontre de la résistance.

Parmi les nombreux *pessaires* qui ont été proposés pour maintenir l'utérus rétroversé, nous citerons le pessaire à bulbe (fig. 384) ; le pessaire en fer à cheval de Hodge (fig. 385), celui de Studley, de Fowler (fig. 386 et 387) et enfin différents modèles recourbés et à ressort (fig. 388 et 389).

On trouvera plus loin, à l'article *Rétroflexion*, des détails plus complets sur l'introduction et l'action du pessaire dans les déplacements de l'utérus en arrière.

Les pessaires en anneau de Meigs et de Dumontpallier, qui agissent d'après le même principe que celui de Holge, conviennent également

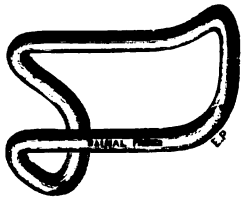


Fig. 388. — Pessaire pour la rétroversion.

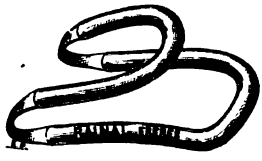


Fig. 389. — Pessaire à ressort pour la rétroflexion.

dans le traitement de la rétroversion. Cet instrument distend le vagin antéro-postérieurement en prenant pour point d'appui le cul-de-sac postérieur et la symphyse pelvienne. Il peut être conservé pendant le coït ; ce qui est un grand avantage lorsque le traitement de la déviation utérine a surtout pour but de faire cesser la stérilité.

Dans le pessaire de Cutter, l'extrémité inférieure de l'instrument se recourbe vers le coccyx, et s'attache sur un cordon élastique à une ceinture fixée autour de la taille. Nous ne recommandons pas l'emploi de cet instrument dans la rétroversion.

Nous reviendrons plus loin, à propos de la *rétroflexion*, sur le traitement des déviations postérieures de l'utérus et nous décrirons les opérations qui ont été récemment proposées pour obtenir la cure de ces troubles qui présentent parfois une extrême gravité (voy. *Rétroflexion*).

§ 3. — Latéroversions.

Nous ne faisons que signaler ces états morbides qui présentent les mêmes symptômes, reconnaissent les mêmes causes et nécessitent le même traitement que les autres versions de l'utérus.

III. — Flexions de l'utérus

Contrairement à ce que font plusieurs auteurs, nous décrirons spécialement les flexions qui nous paraissent différer sous beaucoup de rapports des versions de l'utérus.

Dans la flexion, le col et le corps de l'utérus, au lieu de se trouver sur le trajet de leur axe commun, s'éloignent plus ou moins de cet axe et forment un angle dont l'ouverture regarde soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. On les désigne parfois sous le nom de *courbures* ou d'incurvations de l'utérus.

De même que les versions, les flexions présentent trois variétés : L'*antéflexion*, la *rétroflexion* et les *latéroflexions*.

§ 1. — Antéflexion.

Dans l'antéflexion, le col et corps de l'utérus forment un angle plus ou moins ouvert qui regarde en bas et en avant.

On considère plusieurs variétés d'antéflexion selon le degré d'ouverture de l'angle, mais nous négligerons ces divisions qui sont généralement mal définies au point de vue clinique.

Quelques auteurs admettent que l'antéflexion n'est que la persistance et l'exagération d'un état normal observé dans l'enfance. Cette opinion n'est pas généralement admise.

Etiologie. — Toutes les causes que nous avons énumérées à propos de l'antéversion et du prolapsus sont également de nature à produire l'antéflexion surtout lorsque la consistance et le volume de l'utérus ont été altérés par l'accouchement, une métrite ou toute autre affection inflammatoire.

Symptômes. — Les symptômes subjectifs sont les mêmes que dans l'antéversion et la plupart des autres déplacements de l'utérus.

Par le toucher vaginal le praticien exercé peut constater que la face antérieure de l'utérus n'est plus régulière et l'on trouve un angle rentrant dont le sinus varie suivant le degré de l'incurvation. En avant, entre le col et la symphyse pelvienne on sent une tumeur arrondie régulière et lisse qui n'est autre chose que le corps de l'utérus. Le col utérin est souvent légèrement déplacé en arrière ou en avant.

La palpation abdominale combinée au toucher vaginal permet de saisir le col utérin et d'apprécier avec plus d'exactitude le degré de l'antéflexion.

Mais le cathétérisme utérin fournit les indications les plus importantes. L'hystéromètre doit être courbé suivant le degré supposé de la flexion et introduit en avant. Quand la pointe a atteint l'orifice interne il faut ramener en arrière le manche de l'instrument pour faire péné-

trer la sonde dans l'utérus. En imprimant à l'hystéromètre des mouvements de latéralité et d'élévation, la main placée sur l'abdomen perçoit les mouvements imprimés à l'organe. C'est ainsi que l'instrument peut indiquer le volume, la forme et les rapports de l'utérus et permettre de juger du degré de la flexion.

Il faut établir le *diagnostic différentiel*, avec les tumeurs fibreuses situées sur la paroi utérine antérieure, les tumeurs vésicales, l'hématocèle occupant le cul-de-sac antérieur et avec tous les états morbides pouvant donner au toucher la sensation d'un utérus antéfléchi ; il faut même penser à la grossesse qui peut, pendant les premiers mois, donner la sensation d'un utérus antéfléchi.

C'est entre l'antéflexion et l'antéversion que le diagnostic est difficile. L'exploration attentive des organes permet cependant, dans la grande majorité des cas, d'arriver à un diagnostic précis. Dans l'anté-

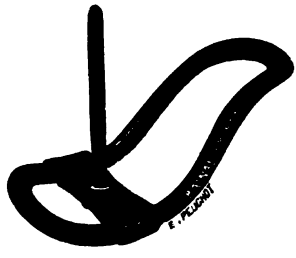


Fig. 390. — Pessaire intra-utérin de Studley.

version l'utérus étant porté en avant dans sa totalité, conserve sa forme normale et sa continuité. Dans l'antéflexion la face antérieure de l'organe est, pour ainsi dire, interrompue par l'angle de courbure qui sépare le col du corps. Le cathétérisme utérin et le cathétérisme de la vessie seront également d'un grand secours pour le diagnostic différentiel.

Traitement. — La *réduction* de l'organe s'obtient assez facilement avec l'hystéromètre lorsqu'il n'y a pas d'adhérences. Voici comment il faut procéder : après avoir pénétré dans le col, on franchit le rétrécissement correspondant au siège de la flexion ; on imprime alors au manche de l'instrument de légers mouvements de rotation jusqu'à ce qu'on ait tourné sa courbure du côté opposé à celle de la flexion. Les ménagements que nous avons déjà conseillés pour l'emploi de la sonde utérine sont encore plus nécessaires dans le traitement de l'antéflexion où l'on a souvent à craindre un excès de ramollissement du tissu utérin et les adhérences (fig. 391).

Moyens de contention. — Les nombreux pessaires qui ont été proposés ne répondent pas toujours aux indications. En général, ils doivent toujours s'adapter à la forme et au degré de la flexion. Ce résultat peut être facilement obtenu en employant d'abord un instrument en métal malléable qu'on moule sur les parties et qu'on fait

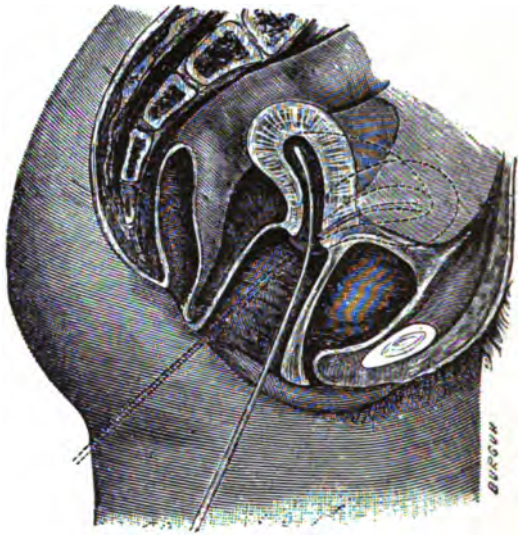


Fig. 391. — Redressement de l'utérus au moyen du cathéter.

ensuite construire en aluminium. Les pessaires de G. Thomas et de Hodge que nous avons décrits pour l'antéversion, peuvent également être employés dans les flexions. Ceux à air de Gariel sont loin d'avoir une action spéciale et curative dans les flexions.

Pessaires intra-utérins. — Préconisés autrefois par Simpson, Kivisch et Valleix, ils ne jouissent plus que d'une faveur relative parmi les chirurgiens français ; mais nous pensons que la réaction a été trop loin et qu'il ne faut pas proscrire des instruments qui peuvent cependant rendre service dans quelques cas lorsqu'ils sont employés par des praticiens prudents et expérimentés. Le pessaire intra-utérin ordinaire se compose d'une tige introduite dans la cavité utérine et pourvue d'un renflement à sa base (fig. 392). Ce pessaire peut lui-même être rattaché à une tige qui se porte à l'extérieur pour y être immobilisée à l'aide d'un plastron pubien ou d'une ceinture. Martin a proposé

toute une série de stylets intra-utérins en ivoire ou en alliage de zinc et de cuivre.

Avant d'appliquer un pessaire intra-utérin, il faut d'abord s'assurer s'il n'existe aucun état inflammatoire de l'organe et si le cathétérisme utérin est bien supporté, car ces instruments n'exercent pas seulement une action mécanique ; ils excitent la tonicité et la contractilité- utérines. C'est là un avantage lorsqu'il s'agit de réveiller l'activité fonctionnelle de l'organe. Mais cette excitation peut être nuisible lorsque l'organe est déjà malade et irritable.

Il faut, du reste, chaque fois qu'on a recours à un redressement intra-utérin, employer des instruments dont les moyens de fixité permettent à l'utérus des mouvements plus ou moins étendus.

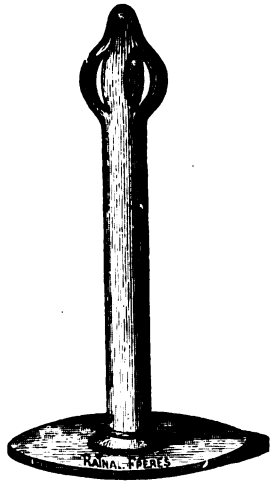


Fig. 392. — Pessaire intra-utérin de Greenhalg.

§ 2. — **Rétroflexion**.

On dit que l'utérus est atteint de rétroflexion lorsque le corps est fléchi en arrière tandis que le col a conservé sa direction normale ou est porté en arrière. L'organe fait alors un angle dont le sinus est plus ou moins ouvert du côté du sacrum.

La rétroversion est observée surtout chez les multipares ; elle est

Fig. 393. — Pessaire de Fowler pour la rétroversion.

Fig. 394. — Pessaire de Galabin pour la rétroflexion.

plus fréquente que l'antéflexion et constitue une des formes les plus persistantes et les plus graves des déviations utérines.

Etiologie. — L'atonie et la perte de consistance de la paroi postérieure de l'utérus, le relâchement des ligaments antérieurs, les avortements et les accouchements répétés, les phlegmasies rétro-utérines, les tumeurs occupant la partie antérieure ou supérieure de l'utérus

sont les facteurs qui se rattachent plus spécialement à la rétroflexion.

A ces causes il faut ajouter celles d'un ordre plus général que nous avons énumérées pour les autres déplacements utérins.

Diagnostic. — La déformation de la paroi postérieure de la matrice et l'angle rentrant formé par le col et le corps de l'organe distinguent la rétroflexion de la rétroversion. Il faut encore établir le diagnostic entre les tumeurs fibreuses occupant la paroi postérieure du corps, l'hématocèle rétro-utérine et le phlegmon. C'est au cathétérisme, qui indique la direction du canal intra-utérin, qu'il faut avoir recours pour le diagnostic différentiel.

Symptômes. — Outre les symptômes généraux communs à toutes les déviations utérines il faut signaler ceux qu'on observe du côté du rectum, tels que constipation opiniâtre, ténesme rectal, défécation douloureuse, surtout lorsque la rétroflexion est compliquée de métrite. Il faut citer la dysménorrhée et la rétention menstruelle. Par suite de la flexion considérable du corps sur le col, le canal cervical se trouve oblitéré et ne livre que difficilement passage aux produits de la sécrétion utérine.

Par le toucher vaginal on trouve le col plus ou moins bas et dirigé tantôt dans sa direction normale, tantôt en arrière. En explorant le cul-de-sac postérieur, on trouve lorsque la rétroflexion est très prononcée, une tumeur globuleuse formée par le col de l'utérus. Le toucher rectal permet de constater en refoulant la paroi de l'intestin, la tumeur formée en arrière par l'organe rétrofléchi. Par la palpation abdominale on constate l'absence du corps utérin au-dessus du pubis.

Le cathétérisme permettra d'apprécier le degré de la rétroflexion.

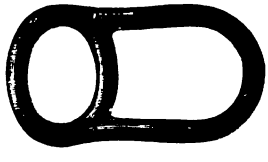


Fig. 395 et 396. — Pessaires de Fritsch.

Le nombre considérable des instruments inventés pour redresser l'utérus rétrofléchi et le maintenir en place, l'importance des opérations proposées pour guérir la rétroflexion, montrent l'importance

pathologique de cette déviation qui détermine parfois des symptômes graves.

Les *symptômes locaux* de la rétroflexion peuvent être ainsi résumés :

Symptômes s'opposant à la conception (stérilité).

Symptômes s'opposant à la conservation de l'œuf dans l'utérus (avortements).

Dysménorrhée ; leucorrhée.

Douleurs pendant la station et la marche.

Ce dernier symptôme est le plus important.

Dans certains cas où la rétroflexion est très prononcée les femmes

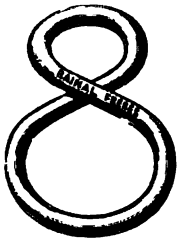


Fig. 397. — Pessaire de Schultze.

Fig. 398. — Le même en cœur.

sont dans l'impossibilité absolue de se tenir debout et de marcher. Elles éprouvent une douleur locale, augmentée par les mouvements et surtout une *sensation de faiblesse* et des névralgies lombo-abdominales qui sont des plus pénibles.

Tous ceux qui s'occupent de gynécologie ont vu des femmes atteintes de rétroflexion demander un soulagement au prix d'une opération quel-

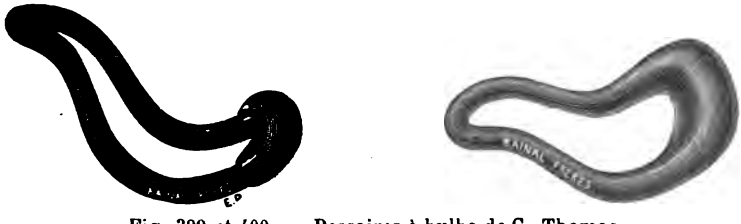


Fig. 399 et 400. — Pessaires à bulbe de G. Thomas.

que grave soit-elle. Il faut connaître ces faits pour comprendre l'utilité et l'importance des opérations proposées pour obtenir la cure radicale de cette affection.

Traitement. — Il comprend deux sortes de manœuvres ou opéra-

tions : celles ayant pour but la réduction de l'organe et celles ayant pour but le maintien de l'organe réduit.

La *réduction* peut être effectuée :

Par la sonde ou le redresseur utérin ;

Par le toucher vagino-rectal.

Quel que soit le procédé employé, il faut placer la malade dans la

Fig. 401. — Position génu-pectorale nécessaire pour la réduction de la rétroflexion. (Prière mahométane.)

position génu-pectorale. S'il est absolument nécessaire de recourir à l'anesthésie, on choisira la position latérale gauche.

Réduction par la sonde. — Après s'être rendu compte de la situation du corps utérin par le toucher et de la direction du canal cervical avec un cathéter utérin à tige flexible, l'opérateur introduit une sonde ou un redresseur utérin (fig. 366, p. 405) et exerce des mouvements de bascule pour transformer la rétroflexion en une antéflexion. Ces mouvements doivent être exécutés avec douceur. On s'assurera alors par la palpation que le fond de l'utérus est en avant, ce qui est plus facile lorsque la sonde est en place car on sent une résistance métallique.

Une fois l'instrument retiré, il faut maintenir l'utérus en place à l'aide d'un volumineux tampon de glycérine ou d'un pessaire approprié.

Technique de la réduction par le toucher. — Hart conseille d'introduire un doigt dans le rectum et l'autre dans le vagin après avoir mis la malade dans le décubitus dorsal. Le médius ainsi introduit presse alors en arrière tandis que l'index presse sur le col.

Nous avons tenté sans succès la réduction par ce procédé et nous préférons le suivant :

La malade est placée dans la position génu-pectorale (fig. 402).

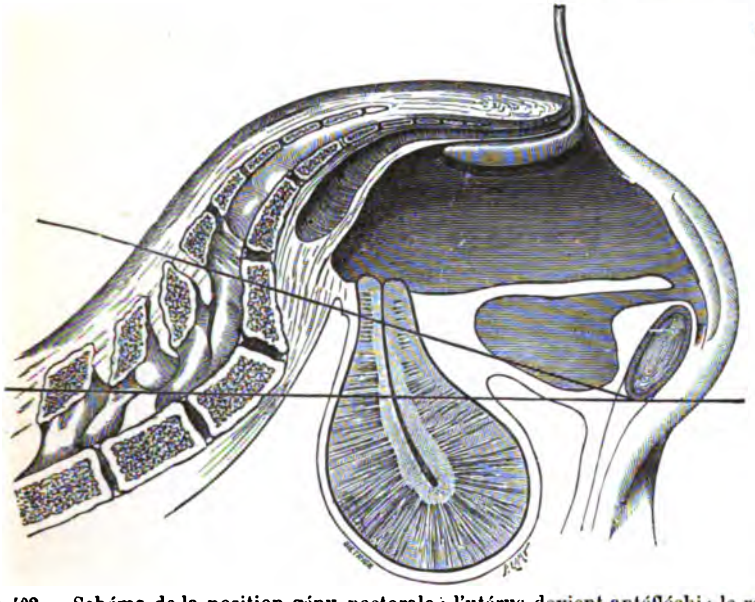


Fig. 402. — Schéma de la position génu-pectorale ; l'utérus devient antéfléchi ; le rectum est refoulé par une valve.

La lèvre postérieure du col utérin est saisie avec un ténaculum, tandis que l'index, introduit dans le rectum, imprime une pression sur le corps de l'utérus rétroversé. L'action de la pesanteur aide à la

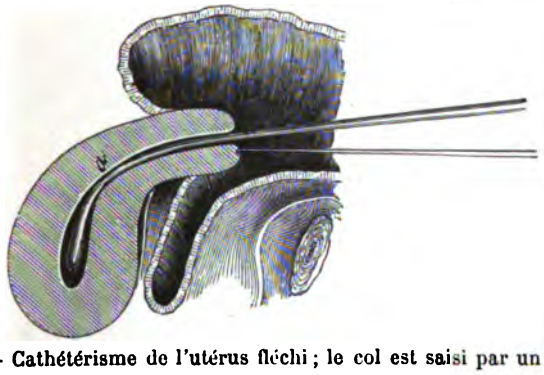


Fig. 403. — Cathétérisme de l'utérus fléchi ; le col est saisi par un ténaculum.

réduction et il est plus facile, par ce procédé, de mesurer la force déployée. Nous avons ainsi redressé des rétroflexions qui avaient

résisté à d'autres traitements. Nous demandons à la malade de rester couchée sur le ventre quelques heures après l'opération.

Il est évident que la position génu-pectorale favorise la réduction de l'utérus replacé en arrière. J'ai l'habitude de conseiller aux femmes atteintes de rétroversions de se placer chaque soir aussi longtemps qu'elles le peuvent dans cette position qui est désignée sous le nom de *prière mahométane* (fig. 401).

Maintien de l'utérus redressé. — Quel que soit le procédé de

Fig. 404, 405 et 406. — Pessaires de Hervez de Chégoin de différentes formes.

réduction employé, il importe de fixer l'utérus dans sa position normale. On a recours pour cela à deux systèmes :

1° L'emploi des pessaires ;

2° Les opérations fixatrices.

1° *Emploi des pessaires.* — Nous avons déjà donné quelques indications à propos du traitement de la rétroversion et des déviations anté-

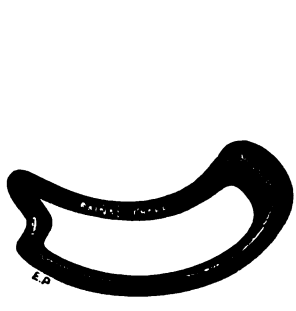


Fig. 407. — Pessaire à bulbe de Nœggerath.

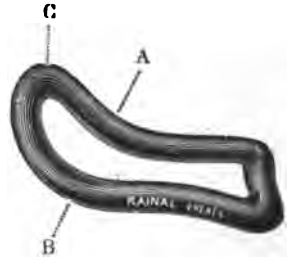


Fig. 408. — Pessaire de Hodge.

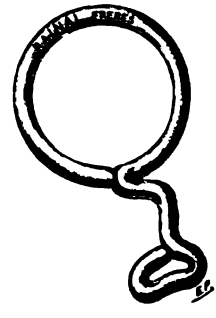


Fig. 409. — Pessaire de Landowski.

rieures. Nous croyons devoir y revenir parce que les pessaires s'appliquent surtout à la thérapeutique de la rétroversion.

Le gynécologue qui veut employer ces instruments avec succès dans le traitement des déviations utérines doit en avoir un assortiment

considérable à sa disposition. La plupart des insuccès tiennent à ce qu'on a appliqué un instrument trop volumineux, trop petit ou ne convenant pas à la lésion qu'on veut combattre.

Les pessaires sont en métal ou en caoutchouc durci. Nous préférons cette dernière variété parce qu'elle est mieux supportée et qu'on peut modifier la forme de l'instrument en le trempant dans de l'eau très chaude.

Les pessaires pleins de Fowler et de Hervez de Chégoin (fig. 404 et 406), de Landowski (fig. 409) ; ceux à bulbe de Nœ-ggerath (fig. 407) peuvent rendre des services pour maintenir l'utérus rétroversé ; mais j'ai depuis longtemps donné la préférence aux pessaires

Fig. 410 et 411. — Pessaires d'Albert Smith de différentes formes.

de Hodge et d'Albert Smith qui constituent le type de l'instrument qu'il convient d'appliquer à la rétroversion (fig. 408, 410 et 411).

Voici comment on introduit le pessaire de Hodge. L'instrument est introduit de telle sorte que sa largeur corresponde avec l'axe vulvo-périnéal ; lorsqu'on a franchi la vulve on le retourne de telle sorte que sa face concave soit dirigée en avant. La courbe supérieure du pessaire doit être logée dans le cul-de-sac postérieur. La figure 414 indique la position d'un pessaire dans le vagin. Les figures 412 et 413 indiquent le mode d'introduction du pessaire dans la rétroflexion.

Pour le pessaire d'Albert Smith l'extrémité rétrécie doit être introduite la première ; pour le pessaire de Hodge, c'est l'extrémité carrée.

Règles générales pour le port des pessaires. — Une fois le pessaire en place il faut s'assurer : 1° qu'il ne blesse pas la malade ; 2° qu'elle est elle-même capable de le retirer.

Pour cela il faut faire exécuter plusieurs mouvements à la malade, la faire marcher et même sauter pendant quelques minutes afin de s'assurer que l'instrument est bien supporté ; ce premier point une fois établi, la patiente sera initiée au retrait du pessaire. Ce second point est un peu plus difficile. Les malades arrivent cepen-

dant à pouvoir retirer leur pessaire en se mettant dans la position accroupie, qu'elles adoptent habituellement pour la miction. La recommandation d'habituer les malades au retrait du pessaire est surtout importante lorsque celles-ci n'habitent pas la même ville et qu'elles ne peuvent se procurer facilement les avis d'un médecin expérimenté.

Une fois le pessaire appliqué, la malade doit revenir deux ou trois jours après pour qu'on s'assure s'il est bien supporté et si l'utérus ne

Fig. 412. — Introduction du pessaire, premier temps.

s'est pas déplacé. Cet examen devra être répété une ou deux fois par mois. Au bout de quelques mois on peut le retirer pendant quelques jours pour voir si l'utérus conserve sa position normale.

Quelques malades croient qu'il est nécessaire de retirer de temps en temps l'instrument pour le nettoyer. Cette précaution n'est pas nécessaire *même* pendant les règles. Il suffit de pratiquer matin et soir une bonne injection d'eau chaude boriquée pour maintenir la propreté et empêcher l'accumulation des sécrétions.

Les pessaires de Hodge, de Vulliet, de Smith ne s'opposent pas au

coït. Dans quelques cas ils favorisent même la conception. Nous reviendrons sur cette question en traitant de la stérilité.

Si la grossesse survient, *il faut conserver l'instrument* jusqu'au

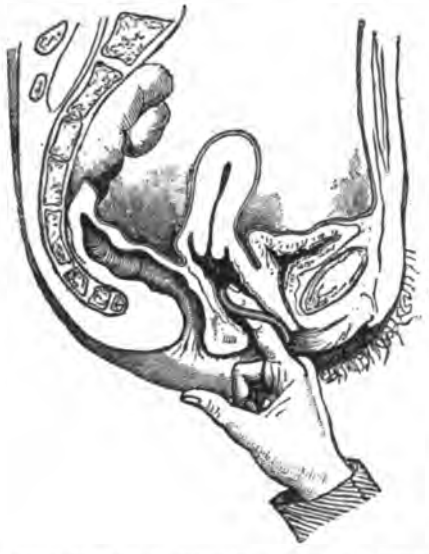


Fig. 413. — Introduction du pessaire de Hodge; deuxième temps.

quatrième mois. On évitera ainsi des fausses couches qui sont souvent causées par les déviations. Au bout de quatre mois l'utérus est assez

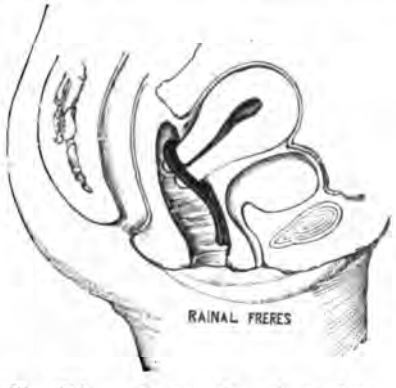


Fig. 414. — Le pessaire est en place.

développé au-dessus du détroit supérieur pour rendre inutile le port d'un pessaire.

IV. — Inversion de l'utérus

On désigne sous ce nom l'état dans lequel se trouve l'utérus lorsqu'il est incomplètement retourné sur lui-même à la manière du doigt de gant (fig. 415).

Selon le degré d'inversion les auteurs ont admis trois divisions. Dans un premier degré le fond de l'utérus est simplement un peu déprimé ; c'est la *dépression ;* dans le second degré le fond arrive au niveau de l'orifice externe où il présente l'aspect du polype; enfin dans le troisième degré le fond traverse l'orifice (fig. 429, p. 452).

Etiologie. — Nous admettons avec la plupart des auteurs que l'inversion n'est possible qu'à la condition qu'il existe une altération préalable de l'organe ou qu'une cause physiologique ait provoqué une grande distension de ses parois. L'accouchement est donc la principale cause déterminante, mais il peut encore exister d'autres facteurs tels que les tumeurs occupant le fond de la cavité, l'affaiblissement des propriétés vitales et la perte de la contractilité musculaire de l'organe.

Il faut du reste distinguer deux variétés importantes de l'inversion : l'inversion progressive et l'inversion brusque. La première est généralement produite par une tumeur insérée sur le fond de l'organe qu'elle entraîne par son propre poids ; la seconde est le résultat immédiat de l'accouchement.

Les *symptômes* varient selon le degré de l'inversion. Dans le premier degré la douleur n'est pas très vive et l'accident n'est indiqué que par les symptômes généraux et la métrorrhagie. Mais lorsque l'utérus est inversé complètement, les malades éprouvent des douleurs aiguës, vives, déchirantes, et une hémorragie plus ou moins abondante.

Les malades atteintes d'inversion chronique sont sujettes à de fréquentes métrorrhagies, à un écoulement séro-sanguinolent presque continuel et à tous les troubles fonctionnels et sympathiques qui accompagnent ordinairement les déplacements de l'utérus.

Les *signes objectifs* ne sont pas très marqués dans le premier degré lorsque le fond de l'utérus n'a pas encore franchi l'orifice du col; mais lorsque le renversement est complet, le toucher fait reconnaître dans le vagin la présence d'une tumeur globuleuse conique à sommet supérieur tronqué et présentant une surface lisse, humide et sai-

gnante. Il est impossible de découvrir le globe utérin par la palpation abdominale.

Le *diagnostic différentiel* est facile lorsque l'inversion succède à un accouchement et qu'elle a une date récente. Mais il n'en est pas toujours de même de l'inversion ancienne de celle qui survient progressivement en dehors de l'état puerpéral. L'utérus renversé peut être confondu avec le prolapsus, avec des polypes et des tumeurs fibreuses. Gaillard Thomas a publié des figures schématiques représentant admirablement les divers degrés d'inversion et les caractères qui différencient cette affection des polypes utérins. L'inversion se distingue du prolapsus par l'absence du fond de la matrice, dans le bassin, et de l'orifice utérin dans le vagin. L'absence du museau de tanche permet également de distinguer l'inversion des polypes et

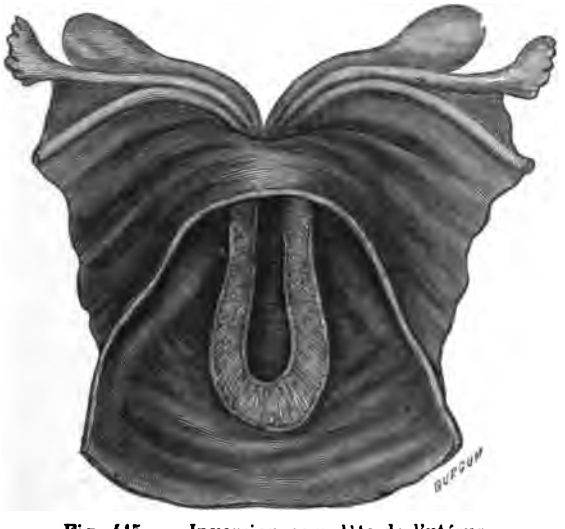


Fig. 415. — Inversion complète de l'utérus.

des fibromes, quel que soit le volume de ces tumeurs : il est rare en effet qu'on ne puisse constater par le toucher la présence de l'orifice utérin.

Le *pronostic* présente toujours une certaine gravité. Il n'est pas rare de voir succomber la malade à la suite de l'inversion consécutive à l'accouchement. La mort a lieu, dans ce cas, par hémorragie, par péritonite ou par gangrène de l'organe étranglé. Dans les cas cités par Velpeau, l'étranglement causé par le col a causé la mort avant que l'utérus ait eu le temps de tomber en gangrène.

Lorsque l'inversion est passée à l'état chronique, elle constitue

une infirmité dangereuse. Lorsque l'utérus reste dans le vagin, il devient une source d'inflammation chronique de ce canal, il devient lui-même enflammé, excorié. La douleur, les pertes fatiguent les malades, et après quelques années, elles succombent à l'épuisement et aux hémorragies.

. *Traitement.* — La *réduction* de la tumeur constitue la première indication. Pour être exécutée dans de bonnes conditions, cette opération doit toujours être pratiquée immédiatement après l'accident. Avec la pulpe des doigts introduits dans le vagin on refoule le fond de l'utérus ; mais le taxis doit être fait avec les plus grandes précautions, afin d'éviter la rupture de l'utérus et les inflammations péri-utérines. On peut renouveler les tentatives de réduction lorsqu'on a échoué une première fois ; mais chaque tentative ne doit pas se prolonger plus de vingt ou trente minutes. En même temps qu'on presse le fond de l'utérus, il faut toujours exercer une contre-pression sur l'hypogastre.

Lorsque la réduction n'a pas été faite aussitôt après l'accident, il est préférable d'attendre et de se préparer à cette opération par des moyens antiphlogistiques destinés à combattre l'inflammation et à relâcher les fibres circulaires du col. La réduction peut, en effet, être obtenue plusieurs mois et même plusieurs années après la production de l'inversion. Courty a pu réduire une inversion datant de dix mois, et les auteurs américains (Mundé, Nœggerath) ont rapporté des cas de réduction datant de treize et quinze ans. On peut conclure de ces observations qu'il ne faut pas désespérer de la réduction, même après plusieurs années.

Le taxis forcé pendant l'anesthésie a été proposé dans le traitement de l'inversion chronique. Quel que soit le nombre des succès obtenus par cette méthode, nous pensons qu'elle ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels, à cause des accidents qu'elle peut produire, parmi lesquels il faut citer la rupture de l'utérus.

Le procédé de Tyler Smith qui consiste à laisser à demeure dans le vagin un pessaire creux en caoutchouc à air destiné à exercer sur l'utérus une pression graduée conjointement avec une pression extérieure pratiquée avec la main, matin et soir, pendant dix minutes chaque fois, a le mérite d'être inoffensif et mérite d'être employé dans les cas d'inversion chronique.

Lorsque toutes les tentatives de réduction auront échoué et que le tissu de l'organe aura conservé assez de souplesse pour être retourné,

le chirurgien sera autorisé à pratiquer le *débridement du col*. Cette opération, assez simple du reste, donne rarement lieu à des accidents graves. On fait des incisions longitudinales de manière à diviser les fibres circulaires du col; deux incisions suffisent généralement, l'une en avant, l'autre en arrière; il faut employer l'anesthésie.

Traitement opératoire de l'inversion. — Nous donnons dans le chapitre suivant, spécialement consacré au traitement chirurgical des déplacements utérins, la technique de diverses opérations conservatrices appliquées à l'inversion; la plus connue est l'*opération de Kehrer*, de Heidelberg. Comme l'hystérectomie a été souvent proposée pour remédier à l'inversion, les traitements conservateurs proposés par ces chirurgiens doivent être examinés avec soin (voy. p. 452).

Hystérectomie vaginale. — Enfin, dans les cas où la réduction de l'induction paraît impossible sans provoquer de graves désordres, il est préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

CHAPITRE VIII

DES OPÉRATIONS CURATIVES OU PALLIATIVES PRATIQUÉES CONTRE LES DÉPLACEMENTS GÉNITAUX

COLPORRHAPHIES. OPÉRATION D'ALEXANDER. HYSTERRORHAPHIE. RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS. OBLITÉRATION DU VAGIN. COLPECTOMIE. OPÉRATIONS CONTRE L'INVERSION

Le traitement chirurgical des déviations et des déplacements des organes génitaux (prolapsus utérin, rectocèle, cystocèle) comprend un certain nombre d'opérations. Quelques-unes qui ont pour but le raffermissement des parois vaginales et la restauration du plancher pelvien, ont déjà été décrites à propos du traitement des déchirures périnéales (voy. *Périnéorrhaphie*, p. 239). D'autres opérations ont plus spécialement pour but la fixation de l'utérus dans sa position normale après son redressement (hystéropexie) ; d'autres s'appliquent au traitement du prolapsus du vagin et des organes voisins (cystocèle et rectocèle). Nous leur consacrons ici un chapitre spécial, en raison de leur importance. Nous faisons remarquer toutefois qu'il existe encore d'autres opérations utilement applicables à certains déplacements et à l'hypertrophie de l'utérus ; telles sont la trachélorrhaphie, l'amputation du col, l'hystérectomie, etc. Mais ces opérations, s'appliquant également au traitement des néoplasmes utérins, seront décrites plus loin.

Nous étudierons donc dans ce chapitre les opérations ayant plus spécialement pour but le traitement des déviations et plus particulièrement des déviations postérieures : la *colporrhaphie*, l'*élytrorrhaphie*, l'*opération d'Alquié-Alexander*, l'*hystéropexie* ou *laparo-hystérorrhaphie*, la *cysto-hystéropexie*, la *colpohystéropexie*, l'*oblitération du vagin*, la *colpectomie* et les *opérations contre l'inversion utérine*.

ARTICLE PREMIER

COLPORRHAPHIES ET ÉLYTRORRHAPHIES

Ces opérations ont également pour but le traitement de la cysto-

cèle et de la rectocèle, affections que nous avons décrites (p. 205).

Avant l'application des autoplasties vaginales nos ancêtres avaient préconisé diverses méthodes de traitement.

Girardin avait déjà proposé la *cautérisation* en 1823, afin de provoquer le rétrécissement du canal vaginal; mais ce procédé, appliqué par Laugier et Velpeau, a été abandonné. L'expérience a, du reste, démontré qu'il était insuffisant.

Le procédé de Desgranges, de Lyon, consistait en une sorte de *pincement* des parois du vagin. Ce chirurgien employait des grosses serres-fines ou pinces vaginales qu'il implantait dans les plis du vagin; ces plis s'ulcèrent, et les pinces tombent du cinquième au dixième jour. Ce traitement est justement remplacé par les opérations autoplastiques, la colporrhaphie et l'élytrorrhaphie.

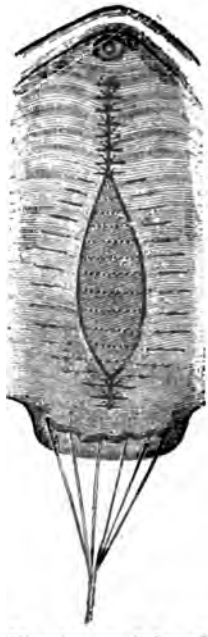


Fig. 416. — Colporrhaphie antérieure. Sutures à points coupés: le col est saisi avec des fils.

Colporrhaphie. — Cette opération consiste à restituer au vagin son étroitesse et sa fermeté primitives en formant des cicatrices rigides qui empêchent l'inversion de ses parois. On détache un lambeau par l'avivement et on rapproche les parties avivées par des sutures. C'est une excellente opération contre le prolapsus; elle est simple, sans danger et peut être appliquée par tous les praticiens.

Les procédés de Sims sont abandonnés. Ils consistent à faire un avivement en couronne, en fer à cheval, ou en cœur, laissant intacte la région centrale non dénudée; agir ainsi, c'est : 1° compliquer inutilement la besogne; 2° créer des cicatrices de peu d'épaisseur qui ne résistent pas. Il est bien plus simple d'aviver en totalité; l'adossement des deux moitiés se fait avec facilité, la cicatrice est plus haute et plus solide et enfin la réunion par première intention est moins aléatoire.

Le procédé qui est devenu courant et classique est le *procédé de Simon*.

L'utérus est abaissé et saisi par des fils (fig. 416) ou, mieux encore, par une pince. La paroi antérieure peut ainsi s'étaler, au moyen de pinces au-devant de la vulve. L'opérateur implante 4 pinces à griffes, une à chaque extrémité du diamètre longitudinal et du dia-

mètre transversal de la surface qu'il veut exciser ; il les fait tendre par des aides.

Il trace ensuite le pourtour de son avivement lui donnant une

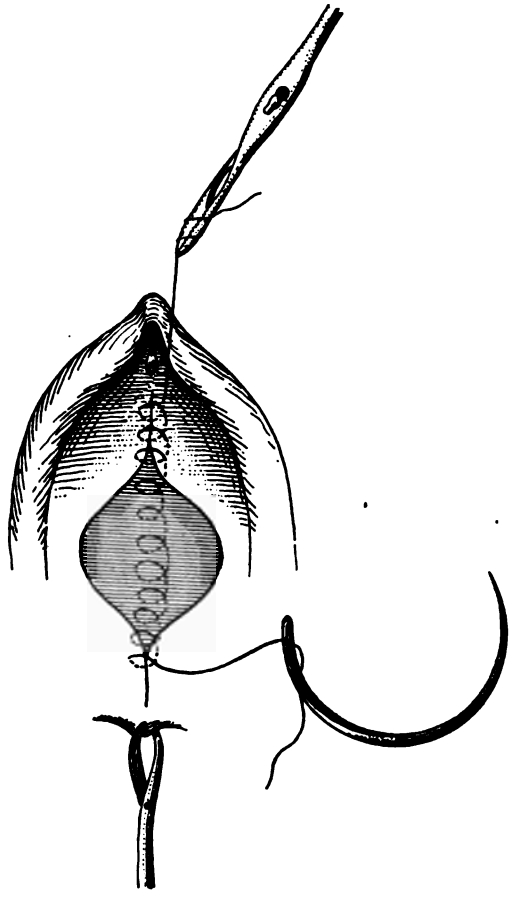


Fig. 417. — Colporrhaphie antérieure, forme de l'avivement, passage du fil dans la suture continue simple.

forme ovalaire (fig. 417). Le plus grand diamètre transversal de l'ovoïde se reculera ou s'avancera, suivant que le maximum de relâchement de la paroi se trouvera plus près du méat ou plus près du col. Le plus grand diamètre longitudinal se trouvera sur la ligne médiane ; il peut s'étendre du méat jusqu'au col ou être plus court, suivant le degré du prolapsus.

Une fois le lambeau circonscrit et géométriquement symétrique,

l'opérateur prend des pinces à dissection et commence à le détacher au bistouri d'une façon égale sur toute sa périphérie. Quand il est en possession d'un bord saisissable avec les doigts, il pose les pinces à dissection, prend le bord des lambeaux et continue le détachement par dissection mousse en procédant toujours d'une façon centripète. S'il est bien avivé jusque dans le tissu cellulaire sous-vaginal, le

Fig. 418. — Aiguilles de Hagedorn pour la colporrhaphie.

lambeau se décolle très facilement et très rapidement ; il vient d'un seul morceau.

L'avivement de la paroi antérieure est si simple et si facile de cette façon, qu'il n'y a presque jamais lieu de recourir aux ciseaux.

L'hémorragie n'est pas à craindre avec l'irrigation continue qui débarrasse le champ opératoire ; si des artères importantes saignent, il faut les lier avec du catgut ; mais le plus souvent les vaisseaux cessent de donner dès qu'on pose les sutures.

La suture sera ou la suture ordinaire, c'est-à-dire à points coupés (fig. 416), ou une suture continue dite à surjet et à étages ; on emploiera de préférence les aiguilles de Hagedorn (fig. 418).

Fig. 419. — Porte-aiguilles de Hagedorn.

Mais la suture en surjet est infiniment préférable dans la colporrhaphie ; elle simplifie l'opération et en abrège considérablement la durée ; on emploiera tantôt la suture simple à un étage (fig. 417),

tantôt la suture superposée à deux étages (fig. 420) qui est utile lorsque la surface avivée est très étendue.

La colporrhaphie est *antérieure*, c'est celle que nous venons de décrire et qui est la plus répandue ; l'avivement porte sur la paroi antérieure du vagin ; lorsqu'il existe en même temps une rectocèle, on pratique en même temps un avivement sur la paroi postérieure

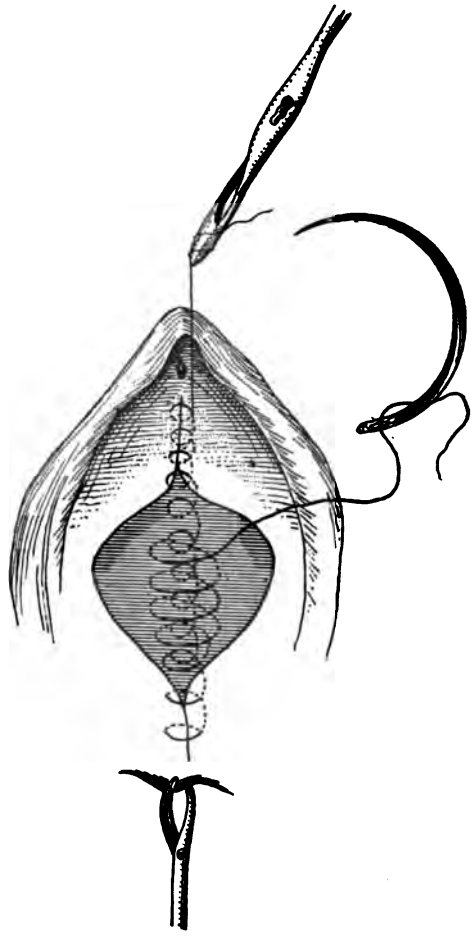


Fig. 420. — Colporrhaphie antérieure. Passage du fil ; la suture est continue et à étages superposés.

(*colporrhaphie postérieure*). Cette double opération donne un vagin très résistant.

Périnéorrhaphie. Colpopérinéorrhaphie. — La restauration du plan-

cher périnéal, que nous avons décrite dans un chapitre précédent (p. 239), constitue une des meilleures opérations à opposer au prolapsus utérin, surtout lorsque celui-ci est compliqué de cystocèle, ce qui est le cas le plus fréquent.

Dans ce cas, l'opération doit être modifiée en ce sens qu'elle comprend non seulement la réfection du périnée (périnéorrhaphie) mais encore la colporrhaphie postérieure dont nous venons de parler. Elle prend alors le nom de *colpopérinéorrhaphie*.

Il suffira de se reporter à la description des procédés opératoires décrits à propos du traitement de la déchirure du périnée. Pour la colpopérinéorrhaphie, il faut faire remonter l'avivement plus haut sur la paroi postérieure du vagin. La position et la fixation des sutures ne présentent aucune particularité à signaler.

ARTICLE II

OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER

Proposée en 1836 à l'Académie de médecine par Alquié, ainsi que cela a été démontré par Puech, cette opération n'a été appliquée que quarante ans plus tard, par Alexander. Elle a pour but le relèvement de l'utérus rétrofléchi par le raccourcissement des ligaments ronds.

Elle se compose essentiellement de deux parties : 1° recherche et mise à nu des ligaments ronds ; 2° raccourcissement des ligaments une fois trouvés.

Voici le manuel opératoire : 1° après avoir rasé la région pelvienne et s'être entouré des précautions antiseptiques, le chirurgien reconnaît l'épine du pubis, facilement appréciable et détermine la direction du ligament de Fallope. Puis, parallèlement à ce dernier et partant de l'épine du pubis, il fait une incision de longueur variable suivant les sujets (4 à 5 cent.). Peau, tissu cellulo-graisseux sont ainsi coupés jusqu'à ce que l'on tombe sur l'aponévrose du grand oblique et les piliers de l'orifice cutané du canal inguinal. Un aide écarte les lèvres de l'incision. Il s'agit maintenant d'isoler le ligament rond du tissu graisseux qui l'entoure. M. Puech, qui a beaucoup contribué à faire connaître cette opération, propose, sur ce point, une petite modification au manuel opératoire.

Les dissections montrent d'une part la tendance à la dissociation des fibres du ligament rond, dans la partie extra-inguinale de son

trajet ; d'autre part, la condensation de ces fibres dès leur entrée dans le canal inguinal où elles forment un cordon franc des plus nettement appréciables. Il y aurait donc tout avantage pour le chirurgien d'inciser d'emblée, dans tous les cas, la paroi antérieure du canal inguinal dans une certaine étendue à partir de l'orifice cutané, et de faire volontairement ce que certains opérateurs ont été amenés par les seules circonstances, à faire accidentellement.

2° Une fois le ligament rond découvert et séparé des tissus qui l'entourent et des brides qui le relient aux parties voisines, commence la seconde partie de l'opération, le raccourcissement.

On attire au dehors le ligament le plus doucement possible, pour en éviter la rupture ; on place sur lui une pince hémostatique et on exécute sur le côté opposé la série des manœuvres que nous venons d'énumérer.

Une fois les deux ligaments libérés, l'opérateur réduit l'utérus dans la position normale et, confiant à un aide le soin de le maintenir il tire sur les ligaments ronds, plus ou moins, suivant le degré et la nature de la déviation qu'il se propose de corriger. Cela fait, il ne reste plus qu'à fixer le ligament sur les piliers inguinaux et sur les lèvres de la plaie.

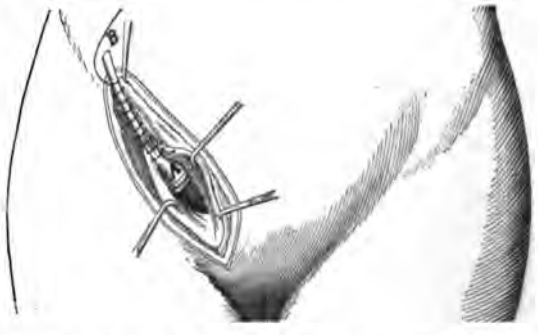


Fig. 421. — Opération d'Alquié-Alexander (Chalot). Le ligament rond du côté droit (A) est découvert, son extrémité sectionnée (B) ; le ligament est suturé par un fil de catgut (C) à l'orifice inguinal externe.

Une aiguille munie d'un fil de catgut passe de haut en bas, à travers le pilier interne, le ligament rond et le pilier externe. Un autre fil traverse les mêmes parties, mais en sens inverse, c'est-à-dire en commençant par le pilier externe et finissant par l'interne. Il faut avoir soin de serrer modérément les fils, de façon à ne pas compromettre la vitalité du ligament. En général, deux points de

suture sur chaque ligament suffisent. Les extrémités des ligaments peuvent être traitées de deux manières : ou bien on les résèque ou bien on les pelotonne dans l'angle interne de la plaie (fig. 421).

Si on a quelque doute sur l'asepsie du traumatisme opératoire, on place un tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie.

Il est utile de placer après l'opération un pessaire de Hodge.

L'opération d'Alquié-Alexander a été largement pratiquée en France, depuis quelques années, tant pour la guérison du prolapsus utérin que de la rétroflexion. Elle a donné des résultats satisfaisants et figure parmi les interventions classiques.

Il est bon cependant de remarquer que la récidive peut avoir lieu à cause de l'amincissement et de l'atrophie des ligaments.

Nous pensons, avec la plupart des gynécologues, que l'opération d'Alexander, pour donner des résultats définitifs, doit toujours être précédée d'une restauration du plancher pelvien (colpopérinéorrhaphie) ; celui-ci est presque toujours très affaibli lorsque la rétroflexion est due à des grossesses répétées.

ARTICLE III

DU RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS UTÉRINS

Nous avons vu que, dans l'opération d'Alquié-Alexander il s'agit de découvrir le ligament rond, d'en pratiquer le *raccourcissement extra-péritonéal* et de le fixer sur les piliers inguinaux et sur les lèvres de la plaie.

D'autres opérations ont été préconisées pour remédier aux rétrodéviations par le *raccourcissement intra-abdominal du ligament rond.*

C'est M. Marcel Baudoin qui a fait connaître en France les procédés opératoires appliqués au raccourcissement abdominal des ligaments intra-utérins.

Cette méthode comprend deux temps principaux : 1° la *laparotomie exploratrice* d'abord ; 2° la *fixation de l'utérus* en bonne position à l'aide du *raccourcissement intra-abdominal* de ceux des ligaments utérins dont l'allongement a été la cause ou est l'effet de la rétro-déviation, à savoir les *ligaments utéro-sacrés* et les *ligaments larges* d'une part, les *ligaments ronds* de l'autre.

La *laparotomie exploratrice* ne présente rien de particulier ; elle

est identiquement la même que celle qui précède toute ovariotomie ou hystérectomie.

Opération pour le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. — Cette opération comprend divers temps :

1° *Laparotomie exploratrice*, qui ne présente rien de particulier.

2° *Destruction des adhérences péri-utérines.* — S'il s'agit d'une rétrodéviation mobile, dit M. Baudoin, ce temps est réduit à zéro. Sinon, il peut acquérir une importance considérable. Nous n'y insisterons pas beaucoup cependant, pour la raison suivante, qui, à notre avis, est capitale : le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ne doit être tenté que quand les adhérences pelviennes et péri-utérines sont peu importantes. Quelques mots d'explication sont nécessaires à ce propos.

Si, le ventre ouvert, on tombe sur un petit bassin absolument rempli de fausses membranes, épaisses, coriaces, immobilisant tous les organes pelviens, englobant l'utérus rétrodévié et les annexes la plupart du temps malades, il est, pensons-nous, inutile de chercher à faire le raccourcissement d'un ligament quelconque de l'utérus. Ce serait peine perdue. Supposons, en effet, qu'on soit parvenu à dégager cet utérus, après des manipulations intra-pelviennes longues et délicates ; à isoler même, après la destruction des adhérences utéro-rectales ou utéro-intestinales, les ligaments utérins : il serait illusoire de vouloir réaliser leur raccourcissement intra-abdominal. Ils sont trop altérés, trop rabougris, trop atrophiés pour cela ; l'opération serait insuffisante. Ces cas sont du domaine de l'hystéropexie intra-péritonéale, qui *seule* peut permettre d'obtenir un résultat durable, en créant des ligaments nouveaux et solides. En ne recourant pas à ce dernier mode de traitement, on n'atteindrait pas le but, et on n'obtiendrait pas un redressement *persistant* de l'utérus.

3° *Raccourcissement des ligaments.* — C'est là le temps qui constitue vraiment l'opération qui nous occupe.

Le raccourcissement peut porter sous les ligaments. Mais nous ne donnons que les procédés qui s'appliquent aux ligaments ronds, les autres n'ayant pas encore la sanction suffisante pour être classés dans un manuel.

Nous décrirons, d'après M. Baudoin, deux procédés :

1° Procédé de Wylie (raccourcissement par repliement de chacun des ligaments) ;

2° Méthode de Polk (raccourcissement par coudure et soudure des ligaments ronds en avant de l'utérus.

Procédé de Wylie. — Pour exécuter le raccourcissement de ligaments ronds, Wylie saisit un des ligaments avec une pince à pression, environ à son milieu, à égale distance de la corne utérine et du pubis. Cela fait, il l'attire au dehors par la plaie abdominale, puis avive, en grattant le péritoine qui la recouvre, la *face interne du pli* formé en soulevant le ligament. Il reste à placer les sutures destinées à assurer la persistance du pli et à déterminer l'accolement des

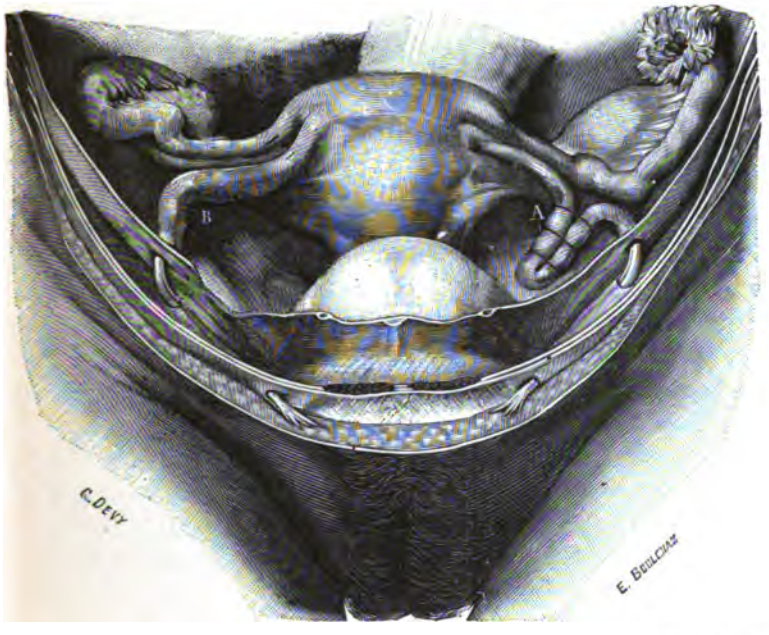


Fig. 422. — Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Wylie.
A, ligament replié et suturé ; — B, ligament relâché et non opéré.

deux parties de l'anse ligamenteuse. Pour ce faire, Wylie applique trois solides ligatures de soie autour du pli formé, en faisant passer l'aiguille à travers le ligament rond possible. Ces ligatures doivent être faites avec soin ; il faut prendre garde, en serrant trop fort les sutures, de sectionner les parties qu'on veut accoler (fig. 422).

De cette manière, le raccourcissement est d'environ 5 à 7 centimètres. Dans quelques cas, Wylie complète les ligatures par plusieurs points de suture, de façon à assurer un affrontement plus

parfait des surfaces arrivées. Lorsqu'on en a fait autant de l'autre côté, on obtient le résultat qui est représenté sur la figure que nous reproduisons (fig. 422). On n'a plus qu'à refermer la plaie abdominale. Wylie met ensuite un pessaire d'Albert Smith dans le vagin. On trouvera à la page 423 la description du pessaire d'Albert Smith et le mode d'introduction de cet instrument.

Procédé de Polk. Raccourcissement par coudure et soudure des ligaments ronds en avant de l'utérus. — Polk raccourcit les ligaments ronds, au cours d'une laparotomie, d'une façon absolument différente. Il diminue leur longueur, en déterminant, lui aussi, la formation d'un *coude*, c'est-à-dire d'un repli sur chacun d'eux ; mais la manière dont il assure le maintien de ce coude, qui se trouve être *interne* au lieu d'être externe, est plus élégante sinon plus pratique, plus facile et plus sûre.

Voici, en effet, comment il procède : une fois le ventre ouvert, il *avive*, à trois quarts de pouce de leur extrémité utérine, les ligaments ronds, au niveau de leur *face interne*. Ceci fait, il les ramène au-devant du fond de l'utérus et les coude en dedans ; au sommet de l'anse, il les unit l'un à l'autre au point avivé grâce à une suture faite avec un fil résistant.

Si, après cette première ligature, le raccourcissement ne lui paraît pas suffisant, il l'accentue encore en en faisant un autre en avant de celle-ci.

Cette façon d'accoler les deux ligaments ronds et de les réunir, en les anastomosant en X en arrière de la vessie, ne doit pas être d'une exécution aussi simple que la méthode par repliement de Wylie ; mais on comprend parfaitement que, bien exécutée, elle doive amener un résultat identique.

ARTICLE IV

HYSTÉROPEXIE OU LAPARO-HYSTÉRORRHAPHIE

Cette opération a pour but de rapprocher le fond de l'utérus de la paroi abdominale et de l'y fixer. Elle avait d'abord été pratiquée accessoirement dans le cours de laparotomies ; mais elle fut proposée par Saenger comme cure radicale de la rétroflexion et du prolapsus.

Le chirurgien qui se propose de pratiquer l'hystéropexie doit toujours être préparé à pratiquer d'autres opérations complémentaires, si les ovaires ou d'autres organes sont malades.

L'opération se divise en quatre temps : l'incision abdominale, la recherche et la libération de l'utérus, la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, la fermeture de la plaie.

1° *L'incision de la paroi abdominale* devra être assez étendue (du pubis à l'ombilic) ; la masse intestinale sera refoulée en haut au moyen de compresses.

2° *Recherche et libération de l'utérus.* Ce temps est relativement compliqué. Il faut se représenter non pas l'utérus sain à la déviation près, mais l'utérus entouré de fausses membranes, adhérant avec les parties voisines soit par lui-même, soit par ses annexes.

Les annexes, ovaires et trompes, peuvent être englobés et cachés dans les fausses membranes, défigurés par l'ovarite, par la salpingite ou par la participation de ces organes à la formation d'un kyste tubo-ovarique.

Mais, en procédant avec prudence et avec méthode, on arrive cependant, en décollant les adhérences avec les doigts, à isoler l'utérus et les annexes et à s'orienter sur la disposition des organes.

Si on trouve les ovaires malades, il faut les enlever. S'il faut faire l'ablation des trompes, les ligatures deviennent indispensables, car il faut éviter tout accès du contenu d'une salpingite dans le péritoine. On opérera les sections au moyen du thermocautère qui, au point de vue de l'antisepsie, offre plus de garanties que le couteau.

Quand l'utérus est libre et, une fois terminées les opérations accessoires qu'on a pu être appelé à faire, l'opérateur amène l'utérus vers l'angle inférieur de la plaie, il le soulève et le confie à un aide ; il procède ensuite au 3e temps.

3° *Fixation de l'utérus à la paroi abdominale.* — Les fils sont posés sur les parties latérales de l'utérus. Le plus haut traverse le ligament rond à son origine. Le second et le troisième sont placés plus bas sur le feuillet antérieur du ligament large.

Un aide prend ces fils qui restent munis de leur aiguille et les place entre les mors de pinces à forcipressure.

L'opérateur procède de la même manière de l'autre côté.

Quand tous les fils sont placés de deux côtés de l'utérus, on rapproche celui-ci de la paroi abdominale.

Comme chaque fil est resté muni de son aiguille, il n'y a qu'à la conduire, à travers le point de la paroi abdominale situé vis-à-vis,

pour avoir, de chaque côté, trois sutures réunissant l'utérus à la face interne de la paroi abdominale.

On tire sur ces fils jusqu'à ce que l'utérus arrive au contact de la paroi et on noue les chefs qui ont traversé la paroi abdominale et l'utérus.

4° La suture de l'abdomen a lieu comme dans l'ovariotomie. Nous renvoyons du reste au chapitre consacré à l'ovariotomie, aussi bien pour les préliminaires que pour les soins consécutifs à l'hystéropexie.

M. Terrier a modifié ainsi le procédé opératoire : après avoir

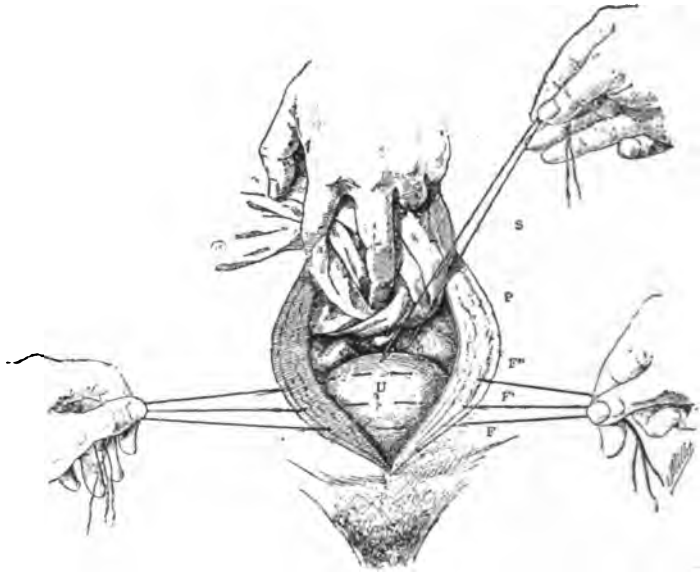


Fig. 423. — Hystéropexie par le procédé de Terrier.
U, utérus ; F', F'', F''', fils fixateurs ; S, fils suspenseurs ; P, paroi abdominale.

ouvert l'abdomen et dégagé l'utérus comme il a été dit plus haut, il passe un fil dans le fond de l'utérus, dans le but de maintenir l'organe relevé (fig. 422). Un gros fil de catgut est alors placé obliquement à gauche, non à travers la peau, mais à travers les lèvres de la plaie ; ce fil ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite, dans l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau environ de la réunion du col et du corps. Enfin, il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. Deux pinces à pression sont placées aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième, puis un troisième fil de gros catgut sont passés de même, l'un vers le milieu du corps, l'autre très près du fond de l'utérus, et

maintenu par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement trois ligatures en allant de bas en haut ; puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour l'élever et le maintenir pendant qu'on procède à la suture. La plaie abdominale est alors refermée en haut à l'aide de trois fils d'argent, passant par le péritoine et, en bas, par trois fils de crin de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

Howard Kelly, de Baltimore, a modifié légèrement cette opération. Il fait une très petite incision abdominale et fixe l'utérus à la paroi par une ligature placée sur chaque corne. Il a pratiqué la *suspension utérine* par ce procédé dans plus de 200 cas avec succès.

L'hystéropexie est une opération plus dangereuse et plus compliquée que l'opération d'Alquié-Alexander. Elle nous paraît cependant devoir mieux fixer l'utérus : elle convient surtout dans les cas où la rétroversion de l'utérus se complique d'états morbides (salpingite, ovarites, etc.), où l'opérateur peut, en pratiquant la laparotomie, enlever en même temps des tissus morbides qui menaçaient l'existence ; beaucoup de chirurgiens conseillent de fixer l'utérus à la paroi abdominale dans toutes les laparotomies où on trouve l'utérus fortement rétrofléchie. C'est là une bonne pratique.

ARTICLE V

TRAITEMENT DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE PAR LA CYSTO-HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

Nous avons décrit plus haut la *colporrhaphie antérieure* destinée à faire disparaître le prolapsus de la vessie et de la paroi vaginale désigné sous le nom de *cystocèle*.

Cette complication est fréquente chez la femme et, dans bon nombre de cas, la colporrhaphie est insuffisante pour faire disparaître complètement la cystocèle ou pour en empêcher le retour.

Au congrès de gynécologie d'Amsterdam (1899) M. Laroyenne, de Lyon, a proposé une nouvelle opération ayant pour but de fixer la vessie à l'utérus par une *cysto-hystéropexie abdominale*.

Voici comment l'auteur décrit son procédé qui comprend deux temps : une *hystéropexie* et une *cystopexie*.

Le *premier temps* consiste à pratiquer d'abord une hystéropexie abdominale antérieure.

Après dilatation de la cavité cervicale avec les bougies de Hégar, on introduit dans l'utérus un hystéromètre du volume du petit doigt pour éviter toute crainte de perforation. Il est confié à un aide qui le remonte au-dessus du pubis et le surveille à travers l'incision de 6 ou 7 centimètres pratiquée à la paroi abdominale. Il ramène l'utérus d'arrière en avant contre cette ouverture pour la fermer. L'utérus va être fixé dans la position qu'on a choisie. Pour cela, on se sert de deux ou trois aiguilles-broches légèrement recourbés à leur extrémité munie d'un chas. Ces broches sont d'un maniement plus facile que toutes les aiguilles ordinaires ; elles cheminent plus aisément dans l'épaisseur des parois qu'elles doivent parcourir. Elles facilitent beaucoup, une fois en place, l'immobilisalion de l'utérus plaqué contre l'orifice de la paroi abdominale sus-pubienne. La première broche, la plus élevée, traverse l'aponévrose et le péritoine pariétal d'un côté, la paroi antérieure de l'utérus et s'engage dans l'épaisseur de la paroi abdominale du côté opposé en réservant la peau. Il ne reste plus qu'à les armer d'un fil et à les retirer. Les fils restés en place sont noués l'un après l'autre et coupés au ras.

Le *deuxième temps* de l'opération consiste à suturer la vessie à l'utérus, la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. On emploie les mêmes broches que pour l'hystéropexie. Mais au lieu de l'hystéromètre qu'on pourrait introduire dans le réservoir vésical, Laroyenne se sert de l'index, qu'il fait pénétrer dans la vessie par l'urètre préalablement dilaté avec les bougies de Hégar. C'est sur cet index comme guide que deux broches successives seront conduites interstitiellement, à travers la paroi postéro-supérieure de la vessie et de la face antérieure de l'utérus sans comprendre la paroi abdominale. La vessie, par sa face postéro-supérieure et dès lors soudée à l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin en partie effacé a presque disparu. « Il est en effet indispensable que cette paroi vésicale postéro-supérieure soit efficacement suspendue à un organe solidement attaché aux parois abdominales, car c'est elle dont le prolapsus proémine à la vulve dans la cystocèle. » Cette suspension constitue un temps nouveau de l'acte opératoire de la cystopexie qui jusqu'ici a été complètement négligé. Un fil de catgut est passé dans le chas des broches, celles-ci sont retirées et les fils noués et coupés. Grâce au doigt introduit dans la vessie, qui avertit lorsqu'on se rapproche trop de la muqueuse vésicale ou lorsqu'on en reste trop éloigné, cette phase délicate de l'opération est terminée sans crainte d'accident. Il ne reste plus dans un troisième

temps qu'à suturer la vessie à l'aponévrose et au péritoine de la vessie abdominale antérieure, par deux fils interstitiels placés au-dessous de ceux de l'hystéropexie et de ceux qui relient la vessie à l'utérus. Un surjet au catgut rapproche dans toute sa longueur l'incision cutanée superficielle, et une colporrhaphie postérieure vient, si elle est nécessaire, consolider le périnée.

ARTICLE VI

FIXATION VAGINALE. COLPO-HYSTÉROPEXIE

De nombreux procédés ont été proposés pour fixer l'utérus abaissé ou fléchi à la paroi vaginale elle-même.

Procédé de Dudley. — J'ai vu pratiquer à Chicago par Dudley une excellente opération dont voici la technique : ce n'est pas absolument une *vagino-fixation*, mais c'est un procédé de fixation de l'utérus par rétrécissement du canal qui s'en rapproche.

On anesthésie la malade, on la place dans la position de Sims, et on excise le vagin à l'aide du speculum de Sims dont la valve a été perforée à son extrémité. Avant d'introduire le speculum, le col est attaché à l'extrémité de la valve à l'aide d'une suture momentanée qui est passée à travers la lèvre postérieure et la perforation de la valve. Ceci permet au chirurgien de ne pas se servir de l'éponge décrite par Emmet qui est employée pour repousser en arrière le col pendant qu'on pratique les premières sutures. Quand le col est ainsi tenu en arrière dans sa position normale par le speculum, l'espace antérieur à l'utérus est si resserré que l'utérus tombe aussitôt en avant et en arrière dans la position de l'antéversion.

L'opération doit donc être faite avec l'organe dans cette position. La première chose dans cette opération est elle-même d'aviver deux bandes circulaires $x\ y$ et x' et y', dans la paroi vaginale voisine de l'utérus ; ces bandes doivent avoir environ un centimètre de chaque côté de l'utérus ; leur concavité doit être tournée vers le col, comme le montre la figure 425.

Chaque surface dénudée est ainsi fermée sur elle-même à l'aide de sutures de fil de soie.

Quand ces surfaces dénudées sont pliées sur elles-mêmes, leurs extrémités inférieures y et y' sont amenées en contact avec leurs extré-

mités supérieures. De cette façon le col est levé entièrement en avant et en arrière.

Il faut ensuite aviver deux bandes d'un peu moins d'un centimètre, le long des parois latérales du vagin jusqu'à l'orifice vulvaire, et se terminant de chaque côté de l'urèthre. Les extrémités latérales de chacune de ces deux surfaces dénudées, amenées l'une contre l'autre par des sutures, ne passent pas transversalement à travers la bande dénudée, mais obliquement. Un côté de chacune de ces bandes dénu-

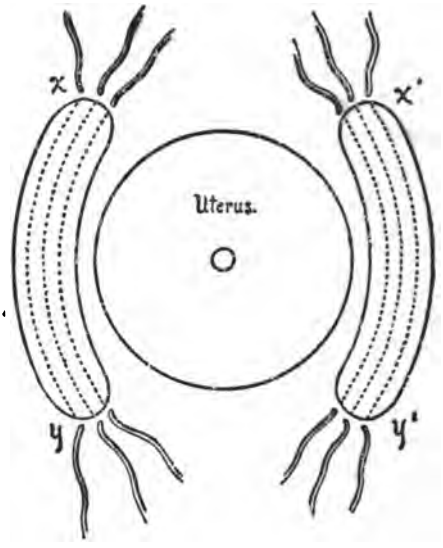


Fig. 424. — Procédé de Dudley pour la fixation vaginale.

dées est adjoint à la paroi antérieure du vagin, et l'autre côté adjoint à la paroi postérieure.

Le résultat de cette méthode de suture, quand on l'applique sur les deux côtés du vagin, est de glisser la paroi vaginale antérieure en haut et en arrière sur la paroi vaginale postérieure et de l'y fixer. Le col de l'utérus faisant pour ainsi dire partie de la paroi vaginale antérieure, suit par suite ce mouvement. Les tissus qui entrent dans la composition des parois latérales du vagin sont bien plus résistants que ceux des parois antérieure ou postérieure ; par conséquent, la puissance de soutien des sutures dans cette situation est plus grande que dans n'importe quelle opération sur la paroi antérieure ou postérieure. L'expérience acquise par Dubley pendant trois ans dans cette opération latérale a donné de bons résultats. Le résultat obtenu alors est la restauration de l'extrémité supérieure du vagin et de la paroi antérieure du

vagin dans leurs position et directions normales. De cette façon, le col de l'utérus est rejeté en arrière dans sa position normale, près de la concavité du sacrum.

Vagino-fixation proprement dite (colpo-hystéropexie). — Je ne décrirai pas longuement les nombreux procédés destinés à fixer le corps utérin aux parois vaginales. Quelques-uns sont très ingénieux et comportent des autoplasties parfaitement applicables et ne présentant pas de sérieux dangers opératoires. Elles ont donné cependant des résultats dans les cas où la version utérine n'est pas très accentuée et où il n'y a pas d'adhérences.

La fixation a lieu de deux manières : le *corps* utérin est fixé à la paroi vaginale (*opération de Dührssen*) ; le *col* utérin est fixé à la paroi vaginale (*opération de Nicoletis*).

Opération de Dührssen. — Elle comprend deux temps :

1° *Incision de la paroi vaginale antérieure.* — On commence à bien abaisser le col de façon à bien étaler cette paroi ; un cathéter, introduit dans la vessie, vide cet organe et permet d'en bien reconnaître la limite inférieure.

On incise transversalement la paroi vaginale près du col et on décolle la vessie de façon à mettre à nu une partie de la face antérieure de l'utérus.

2° *Redressement et fixation de l'utérus.* — Un aide redresse alors la matrice avec un hystéromètre et l'opérateur passe à travers la paroi antérieure de l'utérus un gros fil de soie pour abaisser l'organe. On place alors les fils fixateurs (soie ou catgut) au nombre de 3 ou 4, de façon à relier le fond de la matrice à la face cruentée du lambeau vaginal supérieur. L'organe est ainsi fixé en antéversion. Il ne reste plus qu'à enlever le fil abaisseur et à suturer la plaie vaginale avec du catgut fin.

L'opération est délicate et minutieuse ; faite sous l'irrigation continue elle ne donne presque pas de sang.

Opération de Nicoletis-Richelot. — On pratique d'abord l'amputation du col au niveau de l'angle de flexion. Le segment inférieur de l'utérus est isolé du vagin ; on fait ensuite une suture circulaire réunissant le moignon interne avec les bords de l'incision circulaire du vagin.

Trois fils médians traversant la section postérieure de la plaie vaginale vont sortir par l'orifice utérin et rapprochent ainsi les deux muqueuses. Deux autres fils, à droite et à gauche sur la même rangée

vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord, en grimpant sur la tranche utérine.

Tout en ménageant l'orifice, on a ainsi soudé la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon. Toute l'insertion vaginale est reportée en avant. La paroi tire à la manière d'un cordon de sonnette, et fait basculer le fond de l'organe. En serrant les fils, on sent très bien que la paroi monte et que le moignon s'abaisse au-devant d'elle. Aussitôt après, le cathéter pénètre en ligne droite.

Nous le répétons, nous croyons que l'hystéropexie vaginale est souvent illusoire, mais que l'amputation au-dessus de la ployure est susceptible de rendre des services lorsque l'utérus affecté de flexion est mobile et lorsqu'il n'existe pas d'autres complications, mais il est rare en pareil cas que les troubles soient assez graves pour justifier une telle opération.

ARTICLE VII

OBLITÉRATION DU VAGIN (COLPOKLEISIS) CONTRE LE PROLAPSUS

Nous avons déjà mentionné (p. 268) l'oblitération du vagin proposée par Simon pour le traitement des fistules vésico-vaginales inopérables.

Les progrès réalisés pendant ces dernières années en autoplastie ont fait quelque peu négliger l'opération de Simon ; elle nous paraît cependant devoir être conservée avec les quelques modifications que j'indique pour le traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées qui ne sont plus menstruées et ont renoncé à la cohabitation sexuelle.

Même chez les femmes réglées elle est applicable et n'a d'autre inconvénient que de rendre impossibles les rapports sexuels.

J'ai pratiqué l'oblitération partielle du vagin dans trois cas de prolapsus complet et j'ai obtenu des résultats satisfaisants.

Si l'on considère que le colpokleisis est une opération absolument bénigne, qu'elle peut remédier à un état morbide contre lequel on a fréquemment pratiqué l'hystérectomie, on admettra facilement sa place parmi les opérations applicables aux déplacements utérins.

Technique opératoire. — On se reportera pour les préparatifs aux chapitres où nous avons décrit les autoplasties (*périnéorrhaphie, fistules vésico-vaginales*) et plus particulièrement à l'article qui précède sur les colporrhaphies le colpokleisis n'étant qu'une variété de colporrhaphie.

La malade est placée dans la position dorso-sacrée. L'utérus prolabé est réduit et le vagin tamponné avec de la gaze iodoformée.

On saisit les deux côtés de l'orifice vaginal avec des pinces monogriffes ; on place une sonde dans la vessie et l'opérateur introduit l'index gauche, préalablement recouvert de baudruche, dans le rectum.

Ces manœuvres préparatoires ont pour but de bien étaler les tissus sur lesquels doit porter l'avivement.

Celui-ci doit être circulaire et porter sur tout le pourtour de l'orifice vaginal ; il aura la forme d'un O et présentera environ 2 centimètres de largeur. Il est préférable d'en tracer les limites à l'avance, soit avec un crayon d'aniline, soit avec la pointe du bistouri ; pour ce genre d'avivement je préfère les ciseaux.

Il est indispensable d'opérer sous l'irrigation continue ; grâce à cette précaution le champ opératoire est toujours clair et il n'y a aucune crainte d'hémorragie.

L'avivement terminé, on enlève le tamponnement vaginal et on place les sutures.

Celles-ci peuvent être faites transversalement avec du catgut, de la soie ou des fils d'argent. J'emploie généralement la suture à points coupés et les fils d'argent.

On commence par les sutures du bas ; le doigt, introduit dans le périnée, guide le trajet de l'aiguille et permet d'éviter la perforation du rectum ; six ou huit points suffisent dans les cas ordinaires. Les extrémités de chaque fil sont laissées libres et fixées par une pince de façon à éviter l'enchevêtrement. On les réunit ensuite en commençant du côté de la fourchette et en serrant modérément.

Il ne faut pas chercher une oblitération absolue de l'orifice vaginal ; il est préférable de laisser un petit passage au-dessous de l'urètre de façon à permettre l'issue des sécrétions.

Si les surfaces avivées ne sont pas absolument coaptées par les fils d'argent, j'applique quelques sutures superficielles au catgut.

ARTICLE VIII

LA COLPECTOMIE CONTRE LE PROLAPSUS UTÉRIN

La persistance et la gravité du prolapsus utérin et la crainte qu'inspire à certains malades l'hystérectomie totale a fait naître une foule de procédés opératoires pour remédier à cette intolérable infirmité. La plupart sont ingénieux et parfaitement justifiés.

Dans ce nombre il convient de placer la *colpectomie* proposée par Muller, de Berne, et décrite par son élève Wormser.

La *colpectomie* repose sur le même principe que le colpokleisis décrit dans l'article précédent ; elle n'en est en somme qu'une modification qui consiste à extirper une plus grande partie de la muqueuse

Fig. 425. — Prolapsus complet de l'utérus.

Fig. 426. — Traitement chirurgical du prolapsus, l'utérus est refoulé.

vaginale et à faire des sutures pour oblitérer plus ou moins complètement le vagin.

Technique opératoire. — On suppose un cas de prolapsus complet tel qu'il est indiqué dans la figure 425.

Après avoir pris toutes les précautions aseptiques applicables aux autoplasties, l'utérus est réduit et profondément refoulé dans l'abdomen; si le col est trop volumineux on en pratique l'amputation préalable.

Selon l'âge de la malade et selon le désir qu'elle peut exprimer, l'opération est modifiée.

Si elle renonce à la vie sexuelle et si elle n'est plus réglée on enlève la totalité de la muqueuse jusqu'au col utérin puis on pratique des sutures. On emploiera de préférence le catgut; les sutures seront à étages et commenceront vers le col pour finir à la vulve; la figure 426, dont le dessin est malheureusement fort imparfait, représente l'utérus replacé et le vagin suturé dans toute sa hauteur.

Lorsque la femme est encore réglée ou qu'il existe un catarrhe utérin ne permettant pas l'occlusion complète du vagin, Muller fixe le col utérin à un avivement circulaire fait à l'orifice vulvaire (fig. 427).

Enfin, lorsque la femme désire conserver ses fonctions sexuelles,

Fig. 427. — Traitement chirurgical du prolapsus ; l'utérus est fixé à la vulve.

Fig. 428. — Traitement du prolapsus utérin ; triangle indiquant la forme de l'avortement.

Muller pratique simplement une colporrhaphie en faisant remonter son avivement jusqu'au col utérin. La figure 428 représente le triangle de l'avivement ; on voit que cette opération n'est autre chose qu'une *colpopérinéorrhaphie* très étendue.

ARTICLE IX

OPÉRATIONS APPLIQUABLES A L'INVERSION UTÉRINE

Si la réduction de l'utérus inversé est facile lorsque l'accident est récent, il n'en est pas de même lorsque l'inversion est ancienne.

Afin d'éviter l'hystérectomie, souvent appliquée dans ce cas, Kehrer de Heidelberg, a proposé une opération conservatrice qui mérite d'être signalée.

Il fait une incision longitudinale sur la paroi de l'utérus inversé (fig. 430) [1] ; cette incision permet de repousser en doigt de gant le fond

[1] *Revue de polytechnique médicale*, 30 novembre.

de la matrice (fig. 432) ; à mesure que le travail avance, on place des sutures à travers la paroi utérine. Les dernières sutures sont mises en

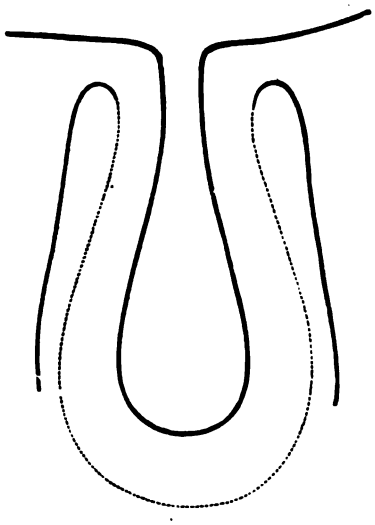


Fig. 429. — Schéma de l'inversion utérine complète.

Fig. 430. — Traitement chirurgical de l'inversion utérine : *O*, *e*, point étranglé.

place sans être serrées, de façon à laisser le col débridé ; saisissant alors le col avec des pinces de Museux, on l'écarte autant que pos-

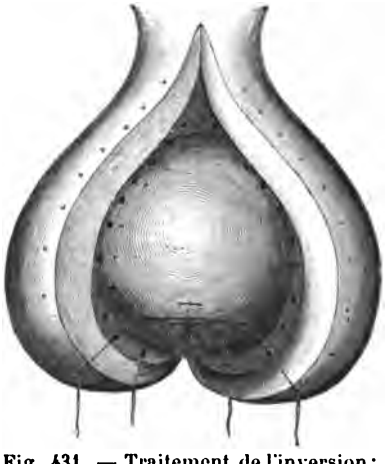


Fig. 431. — Traitement de l'inversion ; position des sutures.

Fig. 432. — Traitement de l'inversion ; réduction.

sible, on termine la réduction et on ferme les dernières sutures par le vagin.

CHAPITRE IX

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS

TRACHÉLORRHAPHIE (OPÉRATION D'EMMET) AMPUTATION DU COL HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET ABDOMINALE

Nous avons cru devoir consacrer un chapitre spécial aux opérations qui trouvent des applications diverses dans le traitement chirurgical des affections utérines. En premier lieu figure la *trachélorrhaphie* qui a pour but l'ablation des tissus morbides siégeant sur le col ; puis l'*amputation du col* autrefois très répandue dans la pratique gynécologique ; viennent ensuite l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale qui n'ont été introduites dans la chirurgie utérine que pendant ces vingt dernières années.

§ 1. — De la lacération du col de l'utérus, opérations d'Emmet (trachélorrhaphie), opération de Schrœder.

La lacération consiste dans la déchirure des parois du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement ; cette déchirure peut être complète ou incomplète.

Depuis longtemps il a été reconnu que, pendant la dernière partie de la première période des douleurs de l'enfantement, au moment où l'enfant se présente au col de l'utérus et dans le vagin, il n'est pas rare que les fibres circulaires de l'orifice externe et de la partie vaginale du col se déchirent par suite de la distension excessive qui se produit, et des lacérations surviennent dans une ou plusieurs directions. James Simpson avait déjà attiré l'attention sur ce sujet. Dans son ouvrage sur la stérilité, Gairdner attribue à cette condition un grand nombre d'états morbides tels que l'hypertrophie du col de la matrice, l'ulcération, le catarrhe utérin, la stérilité et l'avortement. Mais c'est Emmet qui a le mieux saisi l'importance de cet état morbide, et l'opération qu'il a proposée pour y remédier mérite de prendre place dans la chirurgie gynécologique.

Fréquence. — Nous ne possédons, sur cette question, aucune statistique sur laquelle on puisse compter, parce que les lacérations du col de la matrice peuvent se présenter sous deux formes : 1° il peut y

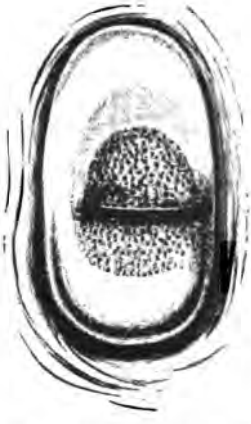


Fig. 433 et 434. — Lacération et ectropion du col. La déchirure est bilatérale.

avoir des troubles importants ; 2° on peut, par l'examen, reconnaître l'existence de ces déchirures, quoiqu'elles ne produisent pas de mau-

Fig. 435. — Lacération du col. La déchirure est multiple ou étoilée.

Fig. 436. — Ulcération du col avec ectropion (Balls Headley).

vais résultats. La question n'est donc pas de savoir combien de fois le col est lacéré pendant l'accouchement, mais combien de fois les lacérations produisent des résultats qui ont une importance réelle sur la pathologie utérine. Simpson a dit qu'il existait presque toujours un certain degré de lacération chez les femmes, après la délivrance, qu'elles aient été assistées ou non pendant leur couches. Emmet s'ex-

prime ainsi : « Au moins la moitié des affections utérines survenant chez les femmes qui ont eu des enfants sont dues aux lacérations de la matrice. » Goodell considère « qu'une, sur six femmes, souffrant d'une affection utérine a une lacération non cicatrisée du col de la matrice ».

On peut admettre : 1° qu'un certain degré de lacération, dans l'extrémité vaginale de l'utérus, est la règle chez les femmes, à la suite du premier accouchement ; 2° qu'un certain nombre de celles-ci se guérissent entièrement ou existent sans produire des conséquences pathologiques, et 3° que, dans une proportion étendue, elles deviennent des agents importants de maladies utérines et hâtent l'évolution des néoplasmes et plus particulièrement du cancer.

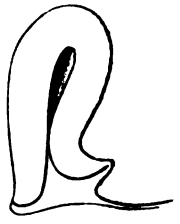


Fig. 437. — Section du col dans un cas de lacération (Balls) ; le schéma montre l'éversion des lèvres du col.

Synonymie. — Les degrés de lacérations moins marqués sont décrits comme fissures, et les cas accompagnés de renversement de la muqueuse cervicale sont désignés sous le nom d'*ectropion.*

Variétés. — La lacération peut être partielle lorsque la couche muqueuse du col est seulement déchirée ; elle peut être complète lorsque tous les tissus du canal participent à la rupture. Elle peut aussi être bilatérale, unilatérale ou étoilée. Les figures 433, 434, 435 et 436, montrent les diverses variétés de lacérations qu'on observe le plus fréquemment.

Étiologie. — Lorsque les malades sont informées de la nature et de l'origine de cette affection, elles sont toujours disposées à accuser les personnes qui leur ont donné des soins médicaux pendant leur accouchement. Il incombe alors au gynécologiste de détourner ces soupçons, non seulement au nom de la courtoisie confraternelle, mais au nom de la justice. Il est incontestable, en effet, que la lacération du col utérin peut survenir à la suite d'une délivrance rapide et naturelle chez la femme entourée des soins les plus intelligents. Néanmoins nous pensons qu'il est du devoir de tout accoucheur, soucieux de la santé de ses malades, d'examiner l'état du périnée et du col de l'utérus pendant les six semaines qui suivent la délivrance. C'est une erreur de croire que l'examen immédiat peut donner des renseignements suffisants. Ce n'est donc pas après le neuvième jour, mais à la

fin de la période d'involution, que le praticien doit s'assurer qu'il n'existe pas de lacération du col de l'utérus.

Les principales causes de l'affection qui nous occupe sont les suivantes :

Accouchement précipité ; délivrance artificielle, rigidité du col pendant le travail ; cicatrices existant dans les tissus du col ; dégénérescence cancéreuse du col ; section du col pendant le travail ; évacuation hâtive du liquide amniotique ; avortement.

Symptomatologie. — Les signes rationnels qui permettent de reconnaître cette affection sont nombreux et importants. Voici les principaux : douleurs lombaires ; sensation de pesanteur dans l'hypogastre ; leucorrhée ; diminution ou augmentation des règles ; hémor-

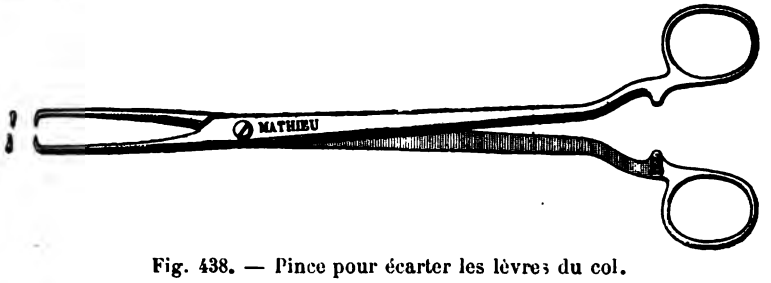


Fig. 438. — Pince pour écarter les lèvres du col.

ragie survenant pendant et après le coït ; stérilité ; douleurs et fatigue pendant la marche ; dyspareunie. Il est inutile de dire que tous ces symptômes ne se présentent pas dans le même cas, et que l'on n'observe qu'un certain nombre d'entre eux dans chaque cas.

Signes physiques. — Il est préférable de pratiquer l'examen avec le speculum de Sims ou l'une de ses modifications. Les speculums cylindriques ou à valves qui ne donnent qu'une dilatation partielle du vagin ne permettent pas aussi facilement de constater la lésion, ou n'en donnent qu'une idée imparfaite. Dans cette affection, comme dans beaucoup d'autres de l'appareil génital de la femme, le gynécologiste qui emploie le speculum de Sims se trouve situé sur un terrain beaucoup plus favorable que celui qui n'a à sa disposition que des speculums bivalves ou cylindriques.

Le col, ainsi exposé à la vue, présente l'aspect indiqué par la figure 435, qui fournit un exemple de lacération étoilée. Ainsi que

nous l'avons dit plus haut, la lésion peut présenter des aspects très différents. Dans un assez grand nombre de cas, elle est simplement bilatérale, et l'on voit les deux lèvres du col renversées de chaque côté et plus ou moins hypertrophiées. Dans d'autres, plus rares, la lacération ne porte que sur une seule lèvre.

Un grand nombre de lacérations unilatérales, bilatérales ou multiples se trouvent obscurcies et compliquées par la présence de divers états morbides. Parmi ceux-ci, nous citerons l'ulcération (fig. 436), l'éversion, l'endométrite et la dégénérescence kystique qui l'accompagne souvent, l'hyperplasie aréolaire et la dégénérescence granuleuse. Il faut, dans ces cas, apporter la plus grande attention pour établir le diagnostic. La plupart des femmes atteintes d'ectropion du col souffrent également d'endométrite ; il est rare en effet que la phlegmasie ne s'étende pas du col à la cavité interne. Pour bien juger de l'étendue de la lésion il faut écarter les lèvres du col avec une pince à griffes (fig. 438).

Examen. — Après avoir découvert l'utérus avec le speculum, on fixera un ténaculum sur chaque lèvre du col, et l'on rapprochera l'une contre l'autre chacune des parois. Une fois les parois en contact, le col reprendra son aspect normal, à moins que l'hypertrophie des tissus ne rende ce rapprochement impossible, comme cela se rencontre quelquefois. Mais il est rare que l'hypertrophie arrive au point de ne pas permettre de reconnaître la lacération.

Diagnostic différentiel. — Voici les principaux états morbides qui

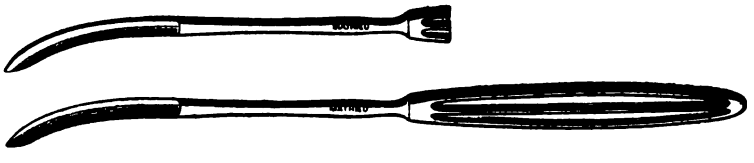


Fig. 439. — Bistouris pour avivement sur le col.

peuvent être confondus avec la lacération du col utérin : dégénérescence granuleuse du col ; dégénérescence kystique, hyperplasie simple ou hypertrophie ; tumeurs malignes.

Il arrive assez souvent que le diagnostic est difficile et qu'on ne peut arriver à reconnaître l'affection qu'après avoir observé pendant quelque temps la malade. Dans les affections de nature maligne, l'examen histologique des tissus morbides pourra être d'un grand secours.

Conséquences. — Rien ne prouve mieux le service qu'Emmet a rendu à la gynécologie, en proposant son opération, que l'énumération des conséquences qui résultent de la lacération du col utérin. Cette affection peut donner naissance aux affections suivantes :

Cellulite péri-utérine chronique ; épithélioma, subinvolution totale ou partielle de l'utérus ; stérilité ; troubles menstruels ; endométrite

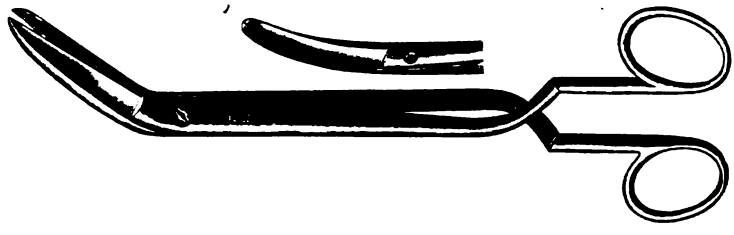


Fig. 440. — Ciseaux pour avivements sur le col.

cervicale ; dégénérescence granuleuse et kystique, fongosités intra-utérines ; tendances à l'avortement ; déplacements utérins ; douleurs pendant le coït, etc.

Traitement. — Le traitement peut être curatif ou palliatif ; le traitement palliatif ne doit être appliqué que dans les cas où, pour une cause ou pour une autre, la trachélorrhaphie ne peut être pratiquée.

Le traitement palliatif consiste à appliquer des injections vaginales chaudes et copieuses, à vider les kystes cervicaux par la ponction, à éviter la pression abdominale et à soutenir l'utérus par un pessaire. On emploiera également la médication altérante locale ; les agents les mieux appropriés à cet effet sont l'iode, le nitrate d'argent, le glycérolé au tannin, ainsi que tous les topiques et pansements qu'on applique habituellement pour le traitement des ulcérations du col.

Opération d'Emmet. — Le traitement curatif consiste à réunir les lèvres de la plaie par une opération désignée sous le nom de *trachélorrhaphie*. Cette opération ne doit être pratiquée que lorsque l'état général est satisfaisant et que l'état local a été amélioré par les mesures palliatives dont nous venons de parler.

L'opération que nous allons décrire s'applique au cas de lacération bilatérale. Après avoir été anesthésiée, la malade est placée sur une table dans la position de Sims ou dans la position dorsale dans un lieu ou la lumière pénètre convenablement sur le siège de l'opération. Le speculum est introduit, le col est abaissé, et les deux lèvres lacé-

rées du col sont saisies avec des ténaculums et mises en contact. Si le rapprochement des deux lèvres a lieu facilement, l'opérateur détermine exactement les points où l'avivement doit être pratiqué. Dans les cas où le rapprochement des parties lacérées est impossible et où le col est très volumineux, il est préférable de pratiquer l'amputation du col.

Lorsque l'utérus ne peut être suffisamment abaissé on le main-

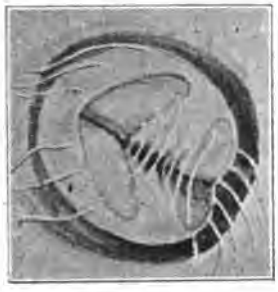


Fig. 441.
Opération d'Emmet. Trajet des sutures (Byford).

Fig. 442. — Opération d'Emmet. Aspect du col quand les sutures ont été tordues.

tiendra découvert avec deux valves ou mieux encore, avec un dilatateur vaginal se maintenant en place automatiquement.

Lorsque l'opérateur a reconnu exactement les surfaces qui doivent être mises à nu, il saisit, avec la pince à griffes, l'extrémité inférieure d'une des lèvres de la lacération et enlève, avec des ciseaux, ou un bistouri spécial (fig. 440), la muqueuse et une partie du parenchyme jusqu'au point de jonction des deux lèvres. La même opération est pratiquée sur la lèvre opposée ; on obtient ainsi des surfaces avivées séparées par une bandelette de tissus non dénudés représentant le trajet normal du canal cervical (fig. 441).

On étanche ensuite le sang avec des tampons de ouate qu'on peut maintenir en place pendant cinq ou dix minutes, si cela est nécessaire. L'opérateur saisit ensuite chacune des lèvres avec la pince (fig. 438) et les rapproche de façon à permettre le passage des fils ; il passe ensuite au second temps de l'opération.

Fixant la pince près de l'angle supérieur de la lacération, le chirurgien introduit, à l'aide du porte-aiguille, une aiguille à environ 5 millimètres de la substance avivée et la fait pénétrer dans la lèvre opposée. L'aiguille est chargée d'un fil d'argent dont les extrémités sont tenues par l'aide chargé de maintenir le speculum. On passe ensuite de la même façon les autres sutures en les espaçant d'environ 5 milli-

mètres jusqu'à ce qu'on ait réuni complètement les deux lèvres lacérées. Le côté opposé est ensuite traité de la même manière dans une lacération bilatérale.

On procède alors à la torsion des fils en commençant par les sutures supérieures et ayant soin d'affronter exactement les surfaces.

J'emploie de préférence le catgut ou la soie ce qui permet d'opérer plus rapidement et dispense de pratiquer ensuite l'ablation des fils.

Dans les cas de lacération multiple ou étoilée comme dans la figure 435, il serait long et trop compliqué de réunir séparément chaque fissure. Il faut, dans ces cas, aviver les tissus et couper une portion du parenchyme assez étendue pour ramener la lacération au type bilatéral. On procède ensuite à la réunion par suture de la même manière.

Il faut encore mentionner une autre variété de cas. Il arrive parfois que l'hyperplasie des parois cervicales s'oppose au rapprochement des lèvres de la lacération. On pratiquera, dans ces cas, l'amputation des tissus hyperplasiés, de façon à permettre le rapprochement et l'affrontement des deux lèvres.

Après l'opération, la malade doit être soumise à une diète légère et condamnée au repos. On pratique un tamponnement vaginal à l'iodoforme qu'on remplace tous les deux jours. Les sutures seront enlevées le huitième ou le neuvième jour en commençant par les plus élevées. Si la réunion ne semble pas suffisamment consolidée, on pourrait laisser les sutures en place une quinzaine de jours.

Quoiqu'on ait cité quelques cas dans lesquels la trachélorrhaphie ait été compliquée de cellulite, on peut dire que, eu égard aux services que rend cette opération, elle est relativement bénigne. Pendant les deux ou trois mois qui suivent l'opération, il sera bon de soutenir l'utérus à l'aide d'un pessaire approprié.

Opération de Schrœder. — Schrœder a proposé, pour remédier au catarrhe chronique du col et aux ulcérations qui en sont la conséquence, une opération qui présente une certaine analogie avec celle d'Emmet. Voici le manuel opératoire :

Le col est amené à la vulve (voy. *Prolapsus artificiel*). L'opérateur fait ensuite de chaque côté du col une incision qui comprend toute l'épaisseur des lèvres et remonte assez haut pour qu'il puisse écarter les lèvres jusqu'au niveau où elles sont saines intérieurement. Il saisit ensuite transversalement la lèvre inférieure au milieu de l'éro-

sion au moyen d'une pince à griffes et fait une première incision circonvenant inférieurement la partie érodée, puis une seconde incision transversale au niveau de l'angle de convergence des deux lèvres. Il enlève ainsi le lambeau de tissus morbides ; une fois ce lambeau enlevé il réunit les tissus sains en passant des sutures.

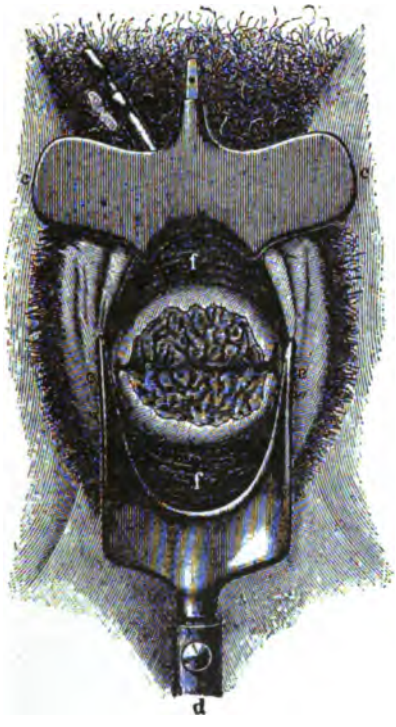


Fig. 443. — Lacération et éversion du col. Opération d'Emmet ou de Schrœder. Le col est abaissé et présenté pour l'avivement.

On procède de la même façon pour la lèvre supérieure.

L'avantage de cette opération est de produire un nouvel ectropion qui est formé de tissus sains, les tissus dégénérés ayant été enlevés.

La figure 434 indique le col découvert pour l'opération.

§ 2. — Amputation du col.

L'amputation du col fut faite pour la première fois par Ambroise Paré, puis par Tulpius d'Amsterdam en 1652 et par Lapeyrousse en 1766 ; mais c'est Lisfranc qui le premier a précisé les règles de

de cette opération qui fut ensuite généralisée et pratiquée par Hervez de Chégoin, Huguier, Jobert de Lamballe et Récamier.

L'amputation du col a rencontré une vive opposition chez quelques chirurgiens français. Il est incontestable en effet que cette opération expose à quelques dangers ; mais ces dangers ont disparu grâce aux perfectionnements apportés dans les méthodes opératoires.

Indications. — La question n'est donc plus aujourd'hui de savoir si l'amputation du col est dangereuse, mais d'en bien préciser les indications.

Il est incontestable qu'on a abusé de cette opération à l'époque où Huguier ne voyait en gynécologie que des hypertrophies du col ; dans ces dernières années on lui a substitué avec avantage les opérations d'Emmet et de Schrœder pour les lésions bénignes et, plus récemment, l'hystérectomie totale pour les lésions graves.

Il reste cependant quelques indications précises pour l'amputation du col qui n'est, en quelque sorte, qu'une opération d'Emmet plus complète.

En premier lieu elle est applicable dans les hypertrophies du col

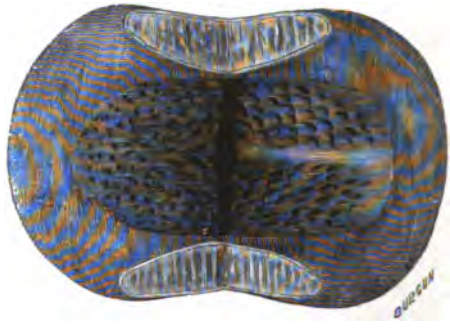


Fig. 444. — Hypertrophie du col avec ectropion.

compliquées d'ulcérations (fig. 444) ; dans les déchirures compliquées d'une élongation considérable (fig. 445).

Dans certains cas de stérilité attribués à l'élongation conique du col, l'amputation préconisée par Sims, m'a souvent donné de bons résultats.

Enfin dans quelques lésions suspectes au début on peut pratiquer l'amputation lorsque les malades se refusent absolument à une intervention plus radicale.

Depuis qu'on a ou à peu près abandonné l'écraseur et l'anse gal-

vano-caustique pour employer les ciseaux et le bistouri, cette opération n'est pas beaucoup plus dangereuse que celles proposées par Emmet et Schrœder.

Technique opératoire. — L'amputation du col se pratique avec le galvano-cautère, l'écraseur, les ciseaux et le bistouri. Nous allons dire quelques mots de chacun de ces procédés opératoires.

Amputation au bistouri. — C'est de beaucoup la meilleure méthode. Sims en a donné le manuel opératoire. On place la malade dans le décubitus latéral gauche et l'on applique le speculum univalve. On fixe un ténaculum à la lèvre antérieure du museau de tanche, on attire doucement le col en avant et on le fixe fermement dans cette position. On fend alors le col de chaque côté avec des ciseaux jusqu'auprès de l'insertion vaginale, puis on enlève rapidement la moitié antérieure, puis la moitié postérieure.

On traverse ensuite d'avant en arrière les bords de la plaie avec des sutures métalliques, deux ou trois de chaque côté du canal cervical. Il faut avoir soin en serrant les fils de ramener la muqueuse vaginale par-dessus la place du col de façon à la recouvrir complètement en laissant une petite ouverture ovale qui correspond à celle du canal cervical (fig. 446). Les sutures doivent être retirées au bout de neuf à dix jours. On peut, comme pour les autres autoplasties du col, remplacer le fil métallique par du catgut ou de la soie.

Ce procédé donne lieu à une hémorragie assez abondante, mais elle cesse rapidement à cause des adhérences qui s'établissent entre la partie sectionnée et la muqueuse qui la recouvre; comme l'utérus est abaissé, on aura le soin d'opérer sous l'irrigation continue, ce qui diminue considérablement l'écoulement sanguin.

Écraseur. — L'amputation du col peut également être pratiquée au moyen d'un écraseur courbe à chaîne ou armé d'un fil métallique. Quand on a recours à ce dernier, il faut prendre un fil composé de plusieurs doubles dont la solidité plus grande est en rapport avec la résistance du tissu utérin.

On procède de la manière suivante : la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on commence par appliquer une pince de Museux qui saisit le col transversalement et au-dessus de laquelle on applique la chaîne ou le fil métallique en faisant passer la pince de Museux dans l'anse qu'ils forment à l'extrémité de l'écraseur. Les chirurgiens

anglais et américains placent leurs malades dans le décubitus latéral et emploient le speculum de Sims.

L'amputation pratiquée au moyen de l'écraseur est rarement suivie d'hémorragie si l'on a eu soin de sectionner lentement. Elle convient

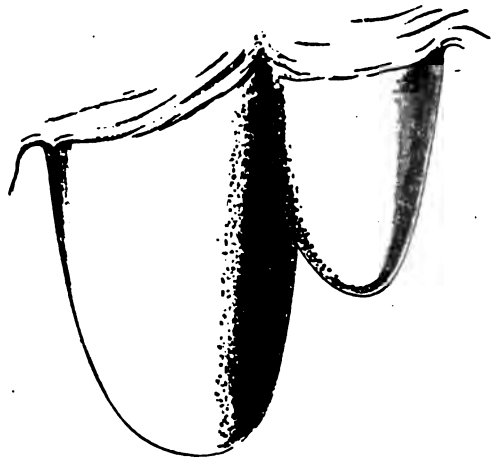


Fig. 445. — Élongation du col avec déchirure bilatérale.
(Balls Headley.)

dans les cas où les tissus sont très vasculaires et lorsque la base de la tumeur est pourvue d'artères très développées ; elle se trouvait donc particulièrement indiquée dans le traitement des néoplasmes cancéreux du col avant l'introduction dans la thérapeutique de la méthode galvano-caustique et de l'hystérectomie.

Anse galvano-caustique. — L'amputation du col au moyen d'un fil de platine rougi par l'électricité est encore recommandée par quelques gynécologues.

Le seul temps important de l'opération consiste à aller placer le fil de platine à la base du col utérin. Ce fil, qui doit avoir 30 ou 40 centimètres de longueur, est recourbé en anse ; il est présenté par la convexité de cette anse à l'entrée de la vulve et conduit le long de la paroi antérieure du vagin pour atteindre le cul-de-sac antérieur. A ce moment les doigts indicateurs introduits dans le vagin impriment au fil un changement de direction de manière à donner aux deux branches de l'anse une direction perpendiculaire à celle du col utérin et à les faire se rejoindre au niveau du cul-de-sac postérieur.

Qu'on emploie l'écraseur ou l'anse galvano-caustique, il faut avoir soin de ne pas embrasser une trop grande portion du col pour ne

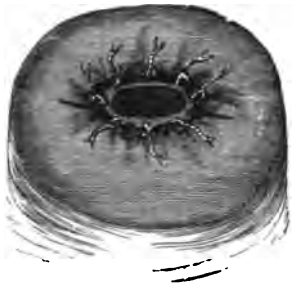


Fig. 446. — Adossement des lèvres du col au moyen de la suture métallique à points coupés.

pas entraîner dans l'amputation la vessie, ni le cul-de-sac de Douglas, ce qui est arrivé maintes fois.

§ 3. — Hystérectomie vaginale. — Colpo-hystérectomie.

Quoique ayant été pratiquée par Récamier en 1829 et par Hennig en 1876, on peut dire que l'hystérectomie vaginale ou *colpo-hystérectomie* est une opération toute récente.

Czerny est le premier chirurgien qui, en 1879, érigea en véritable méthode l'ablation de l'utérus par le vagin. L'opération fut d'abord limitée au cancer utérin ; elle a été popularisée en France par Demons, Richelot et Péan. En somme, il n'y a guère que vingt ans que des statistiques ont été régulièrement publiées permettant ainsi de juger sa valeur et d'établir sa léthalité comparée à l'hystérectomie abdominale.

Même pendant ces vingt ans l'opération a eu des vogues plus ou moins grandes ; les Allemands, puis les Français l'ont adoptée avec enthousiasme ; les Anglais et les Américains ne sont venus que longtemps après.

Aujourd'hui, la colpo-hystérectomie a perdu beaucoup de terrain depuis les progrès accomplis dans la technique des hystérectomies abdominales. Kelly, de Baltimore, préfère la laparotomie pour l'ablation des utérus cancéreux ; J. Faure a fait au Congrès de gynécologie d'Amsterdam (août 1899) une communication dans laquelle il préconise l'hystérectomie abdominale chaque fois que la lésion est étendue.

Quoi qu'il en soit, l'hystérectomie vaginale est une excellente inter-

vention qui n'a qu'un défaut, c'est de nécessiter de la part de l'opérateur de l'expérience et de l'habileté.

Indications. — Nous avons dit plus haut que cette opération était, au début, limitée au traitement des tumeurs malignes. C'est ce qui explique pourquoi la plupart des auteurs classiques en donnent la technique en traitant du cancer utérin.

Mais les indications de l'hystérectomie vaginale se sont considérablement étendues depuis vingt ans et il n'est plus possible aujourd'hui de l'enclaver dans le chapitre consacré au cancer.

Les indications de cette opération sont les suivantes :

Cancer de l'utérus ;

Les fibromes plus ou moins volumineux ;

Les suppurations pelviennes étendues ;

Le prolapsus utérin, l'inversion et autres déplacements graves.

Cancer utérin. — L'hystérectomie vaginale est indiquée pour les tumeurs malignes de l'utérus lorsqu'elles n'ont pas envahi les organes voisins. Nous avons vu des survies extraordinaires et il est presque possible d'affirmer que des guérisons véritables ont été obtenues lorsque l'intervention a eu lieu tout à fait au début de la lésion.

Certaines *tumeurs fibreuses* peuvent être enlevées par la voie vaginale lorsqu'elles ne sont pas très volumineuses ; on peut même enlever de gros utérus fibromateux par la méthode du morcellement mise en honneur par Péan. Nous devons cependant reconnaître que, depuis quelques années, la plupart des chirurgiens préfèrent la voie abdominale pour pratiquer la myomectomie.

Suppurations pelviennes étendues. — C'est à Péan que revient l'honneur d'avoir le premier (12 décembre 1887) appliqué systématiquement l'hystérectomie vaginale aux suppurations pelviennes étendues ou bilatérales. Il a été suivi dans cette voie par Segond qui a été l'apôtre de la méthode. Nous donnons plus loin, traitant des suppurations pelviennes, les développements que comporte cette importante question. Disons seulement que les suppurations pelviennes étendues sont justiciables de la colpo-hystérectomie qui permet d'atteindre sans danger les foyers morbides et d'enlever l'utérus, origine et centre de l'infection.

Prolapsus et déplacements. — Richelot a le premier appliqué

l'hystérectomie vaginale aux prolapsus graves. Nous pensons que chez les femmes qui ont passé la ménopause et dont l'utérus ne peut

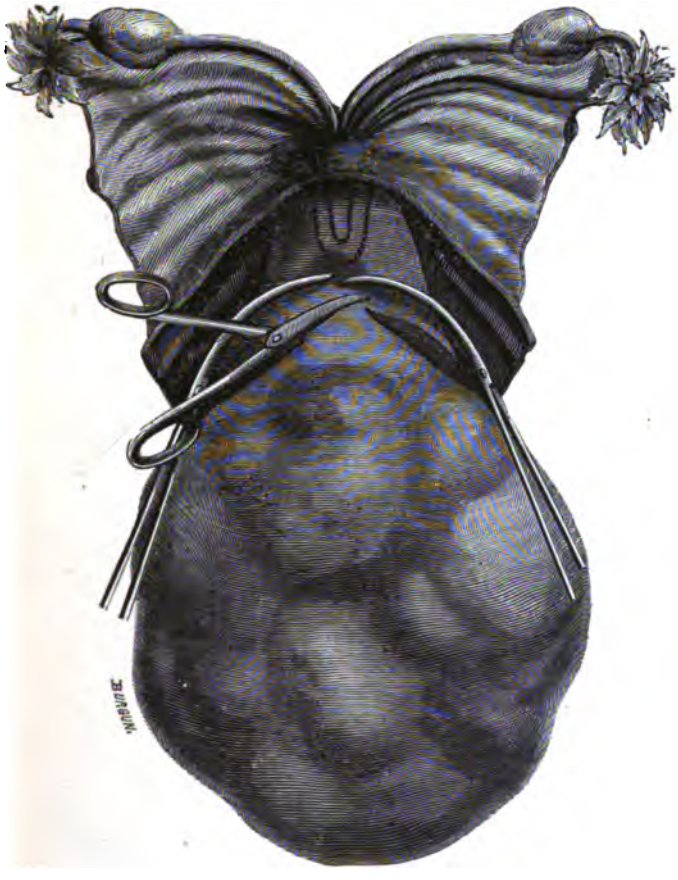


Fig. 447. — Tumeur fibreuse compliquée d'inversion de l'utérus. Hystérectomie par voie vaginale.

être contenu par les procédés que nous avons décrits (voy. *Déplacements*). Cette opération est tout à fait indiquée.

Péan a pratiqué l'hystérectomie vaginale dans un cas d'*inversion* (fig. 447).

Technique opératoire. — L'hystérectomie vaginale se pratique par deux procédés : les procédés à *forcipressure* et les procédés à *ligature.*

Les premiers opérateurs allemands employaient la ligature et l'em-

ploient encore aujourd'hui ; les opérateurs français (Péan, Richelot, Segond, etc.) ont systématisé la forcipressure ; c'est-à-dire qu'ils ne lient pas les artères utérines et laissent des pinces à demeure ; ils agissent ainsi systématiquement même dans les cas ou les ligatures

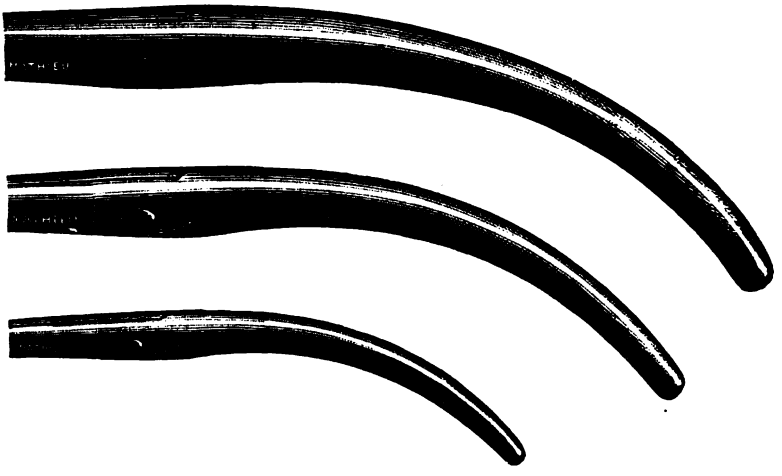


Fig. 448. — Pinces hémostatiques à mors courbés et longs.

seraient faciles. C'est cette méthode qui a prévalu en France jusqu'à ces dernières années.

Fig. 449. — Pinces hémostatiques à double courbure.

Méthode de forcipressure. — Nous décrirons le procédé employé par Segond et qui s'applique aussi bien aux hystérectomies pratiquées

pour cancer que pour celles pratiquées pour des suppurations pelviennes.

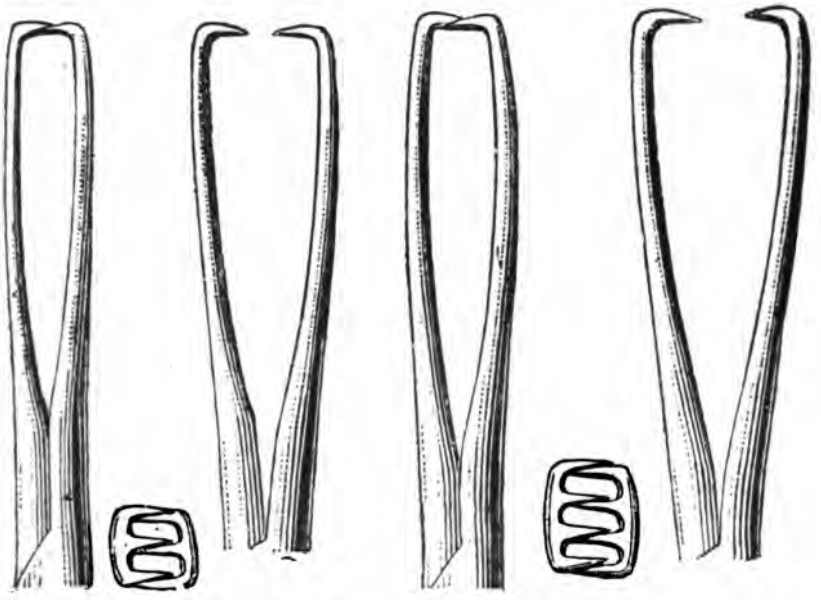


Fig. 450. — Pinces à griffes à mors larges, simples ou multiples.

On se reportera à la page 96 pour les préparatifs généraux (tables d'opérations, etc.).

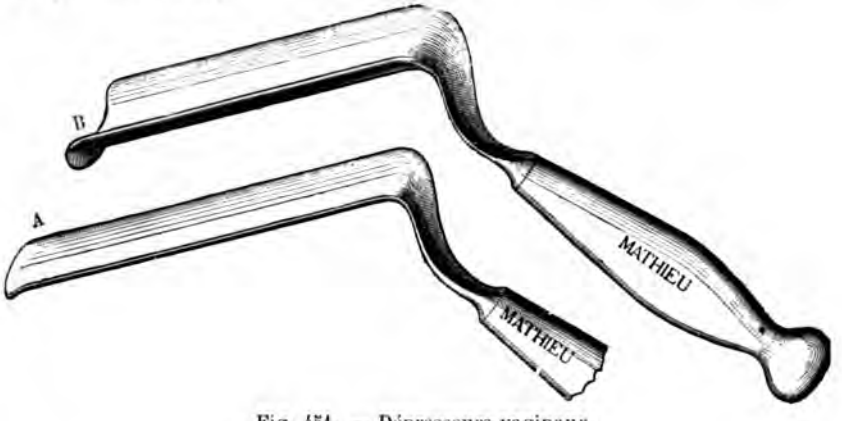


Fig. 451. — Dépresseurs vaginaux.

L'instrumentation n'est pas extrêmement compliquée ; il faut avoir sous la main de bonnes pinces à griffes pour saisir le col (fig. 450) ; des

pinces hémostatiques longues de diverses formes pour le pincement des artères et des ligaments larges ; des pinces spéciales à mors plats ou courbes si l'on doit pratiquer le morcellement (fig. 448, 449), des valves et des écarteurs vaginaux de différentes formes (fig. 451 et 452).

Pour l'hystérectomie vaginale avec ligatures selon le procédé de

Fig. 452. — Valves de Doyen avec manches à crochet.

Martin, il faut avoir toutes les variétés d'aiguilles et de fils employés pour les laparotomies.

Enfin il est bon de se pourvoir de crochets pour attirer dans le

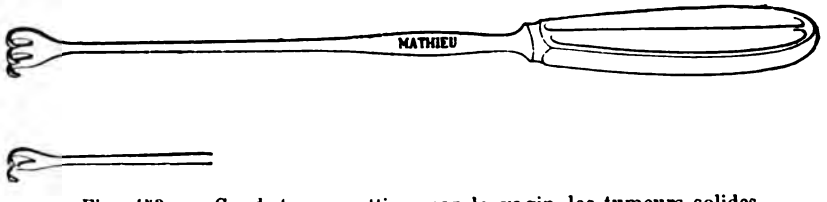


Fig. 453. — Crochet pour attirer par le vagin les tumeurs solides des ligaments larges.

vagin les petites tumeurs qui peuvent siéger dans les annexes (fig. 453).

La malade chloroformée est placée dans le décubitus latéral gauche

ou dans le décubitus dorsal : les aides placés de chaque côté rétractant avec quatre valves plates les parois du vagin, de façon à permettre à l'opérateur de voir les lésions de l'utérus et de les attirer à la vulve avec une pince de Museux.

Le col est alors désinséré avec le bistouri. Dans le but de faciliter le décollement de la vessie et afin d'éviter tout risque de perforation, Segond pratique l'incision circulaire très près de l'orifice du col.

Immédiatement après la désinsertion on ouvre les culs-de-sac péritonéaux.

Le second temps consiste, lorsque la castration est indiquée, à

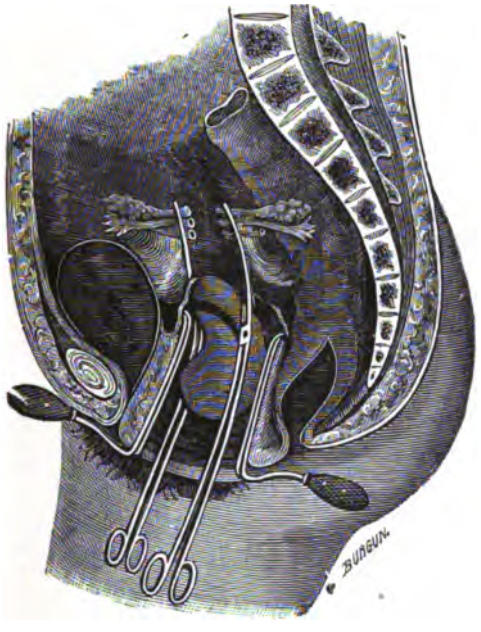


Fig. 454. — Hystérectomie vaginale. Pincement de la partie inférieure des ligaments larges (Péan).

détacher avec les doigts les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Il ne reste plus qu'à pincer et à sectionner les ligaments larges (fig. 454).

On place à cet effet, sur la base de l'un de ces ligaments, deux ou trois pinces longuettes à mors droit ou courbe, en ayant soin de sectionner toutes les parties pincées avant d'appliquer une nouvelle pince. La section doit être faite le plus près possible du tissu utérin.

Il ne faut jamais songer à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut dans toute sa hauteur. En agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin. *L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait.*

Lorsque l'un des ligaments larges a été sectionné, rien n'est plus

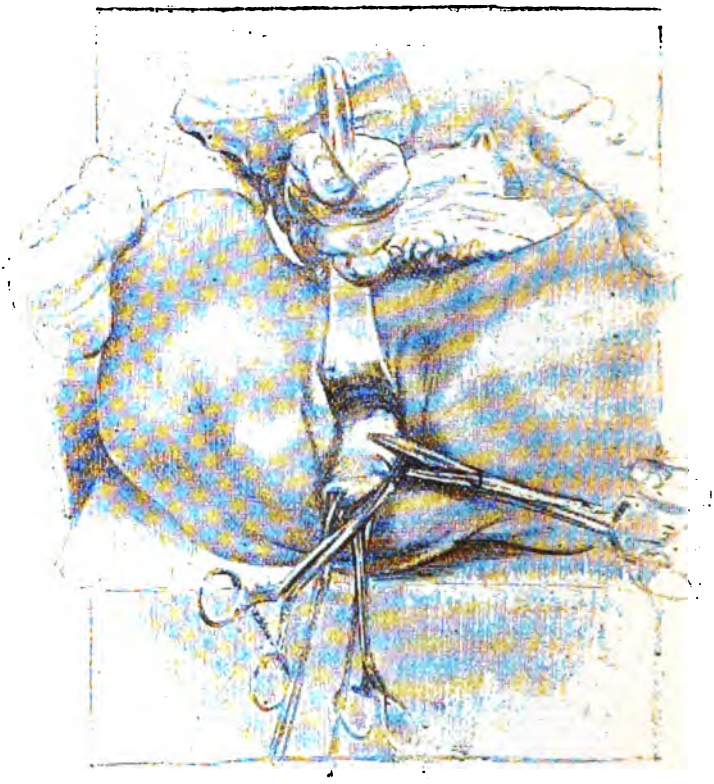


Fig. 455. — Hystérectomie vaginale. Procédé de Segond. Hémisection de la paroi utérine (Baudron).

facile, s'il n'existe pas d'adhérences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de haut en bas l'autre ligament large et de libérer la matrice.

La question du *sectionnement* et du *morcellement* de l'utérus devient importante lorsque l'organe est trop volumineux pour basculer et franchir la vulve.

Muller et Quenu ont été les premiers à préconiser la section médiane qui a été surtout vulgarisée par Doyen. Après avoir pratiqué

l'abaissement et isolé la vessie de l'utérus et avant d'avoir enserré les ligaments larges avec une pince spéciale (fig. 457), on saisit le col à droite et à gauche avec des pinces à griffes ; on pratique alors la section médiane avec des ciseaux ; on replace les pinces plus haut à mesure qu'on sectionne et la section est prolongée jusque sur le

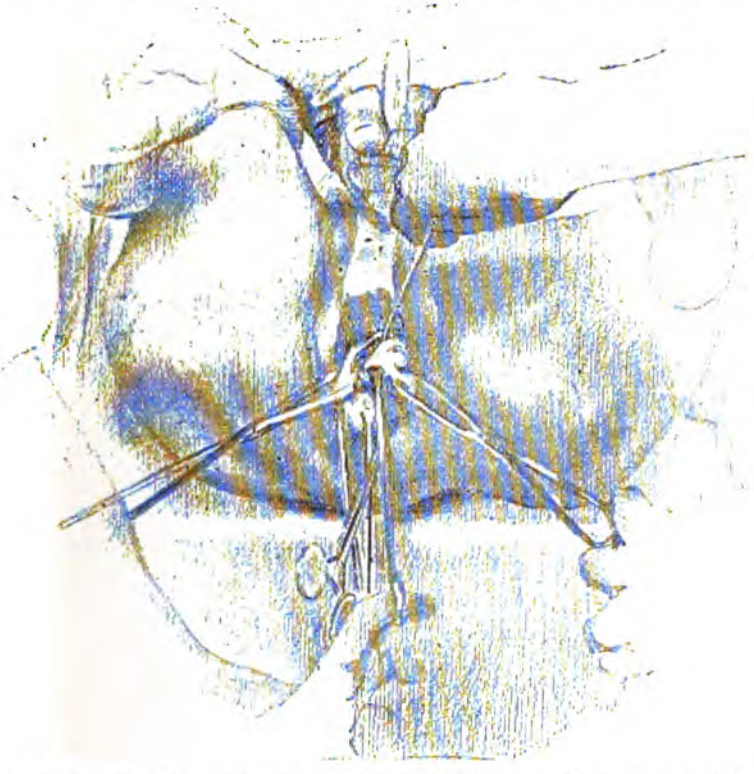


Fig. 456. — Hystérectomie vaginale. Procédé de Segond. Evidement central de la paroi interne (Baudron).

fond de l'utérus s'il le faut pour obtenir l'extraction. C'est seulement lorsque l'utérus est attiré hors de la vulve qu'on pratique l'hémostase, puis la section des ligaments.

Procédé de Segond. — M. Segond procède différemment. Après avoir libéré les faces antérieure et postérieure de l'organe et sectionné partiellement les ligaments larges en y laissant des pinces, il divise l'utérus avec de forts ciseaux en deux valves antérieure et postérieure (fig. 455 et 456).

L'opération comprend quatre temps : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section des ligaments larges; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues; on arrive ainsi à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce qu'on fait. On

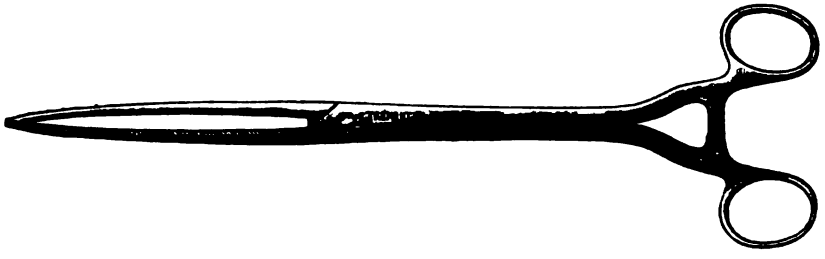


Fig. 457. — Pince de Doyen pour saisir le ligament large.

peut même dire que la condition première pour pratiquer le morcellement consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissu, sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Ablation des annexes. — Dans les suppurations pelviennes graves l'hystérectomie est toute l'intervention. Ordinairement c'est au cours du morcellement que les collections purulentes sont ouvertes par le travail des écarteurs. L'utérus enlevé, on tombe dans une cavité extrapéritonéale formée par la réunion de toutes les poches péri-utérines évacuées. Dans les cas de salpingites kystiques, adhérentes énucléables, l'opérateur recherche alors les annexes malades, et s'aidant de la palpation abdominale, s'efforce de les décortiquer. Pour peu qu'elles se mobilisent, il les saisit avec des pinces à mors plats, les crève et les résèque aussi loin qu'il peut. Sont-elles adhérentes; on les sépare par une dissection soigneuse. Si les adhérences résistent aux tractions des pinces, il ne faut pas hésiter à abandonner les annexes; on les ouvre, on les dilacère et on tamponne à leur niveau.

Enfin dans les simples hystérectomies pour cancer, fibromes, prolapsus, etc., l'ablation totale des annexes doit être pratiquée, celles-ci apparaissent au moment où le fond de l'utérus bascule, entraînées à sa suite. On peut les enlever avec le fond de la matrice, en plaçant une pince en dehors d'elle ou bien, une fois l'utérus enlevé, on les excise séparément.

On tamponne ensuite avec la gaze iodoformée et on laisse les pinces à demeure. Celles-ci sont retirées au bout de quarante-huit heures et

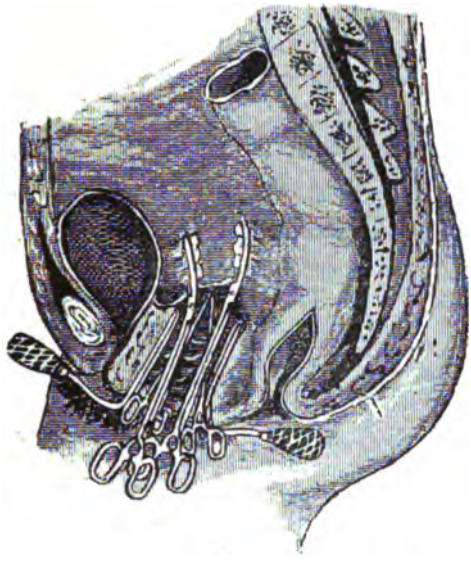


Fig. 458. — Hystérectomie abdomino-vaginale totale. Pinces laissées en place.

le tamponnement après trois ou quatre jours. On ne fait des injections vaginales qu'après la chute de l'eschare.

Hémostase définitive par forcipressure. — La méthode qui consiste à assurer l'hémostase définitive en laissant les pinces en place telle qu'elle est indiquée dans la figure 458 a été longtemps en faveur en France.

Elle a, dans ces dernières années soulevé beaucoup de critiques et quelques chirurgiens l'ont systématiquement bannie de leur pratique.

La question a été maintes fois discutée et peut se résumer ainsi : il n'y a pas de méthode opératoire fixe et absolue; chaque opérateur peut modifier la technique selon les circonstances et les éventualités survenant au cours de l'intervention. Il est évident que l'hémostase définitive par les pinces peut-être de nécessité absolue dans certains cas ou les tissus sont trop friables pour supporter des ligatures et ou l'épuisement de la malade ne permet pas de prolonger l'opération.

Méthode des ligatures. — On peut procéder comme pour la forcipressure en appliquant des ligatures sur les artères utéro-ovariennes;

les figures 459 et 460 qui indiquent les rapports anatomiques de la région montrent avec quelle attention doit manœuvrer l'opérateur pour ménager les uretères.

Mais on désigne surtout sous le nom de méthode des ligatures un procédé plus compliqué préconisé par Martin et très employé en Allemagne.

Le procédé comprend plusieurs temps :

1° *Ouverture du cul-de-sac de Douglas, suture vagino-péritonéale.* — Le col étant abaissé et relevé de façon à faire tendre le cul-

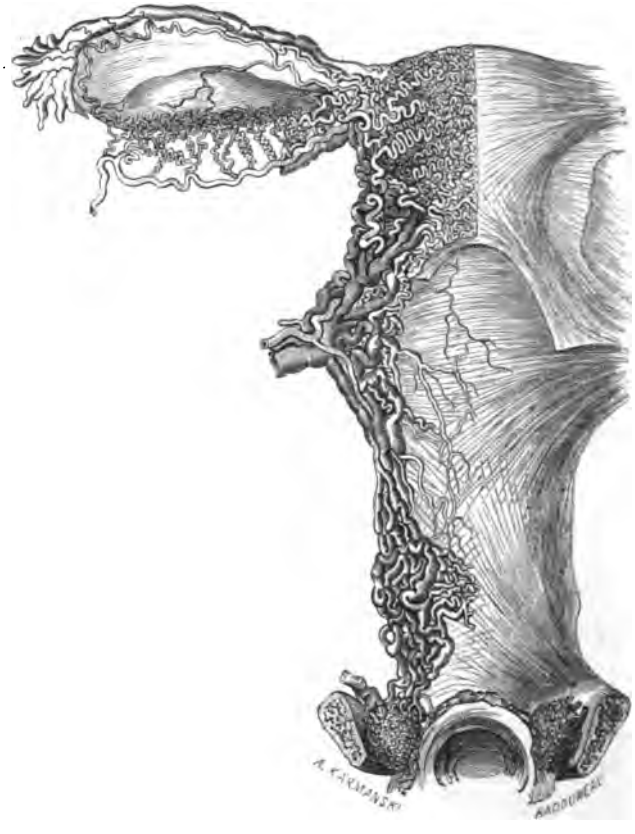


Fig. 459. — Vaisseaux de l'utérus, artères utérine et utéro-ovarienne.

de-sac postérieur, l'opérateur incise le cul-de-sac dans toute sa largeur et applique un plan de sutures tout le long de l'incision en comprenant toute l'épaisseur des tissus ainsi que le péritoine. Cette suture a pour but d'obtenir une hémostase parfaite des vaisseaux vaginaux.

2° *Hémostase du plancher pelvien.* — Avec une longue aiguille courbe et pointue l'opérateur applique de chaque côté deux grands points de suture de manière à comprendre en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et toute la base des ligaments larges et les artères utérines. L'aiguille doit être guidée avec le doigt introduit dans une sorte de boutonnière faite à chaque angle du cul-de-sac. On place ensuite une ligature en soie très forte et bien serrée.

3° *Incision du col et décollement de la vessie.* — On ramène maintenant le col en arrière, on complète l'incision du col, et on procède au décollement de la vessie. Cette partie de l'opération doit être faite

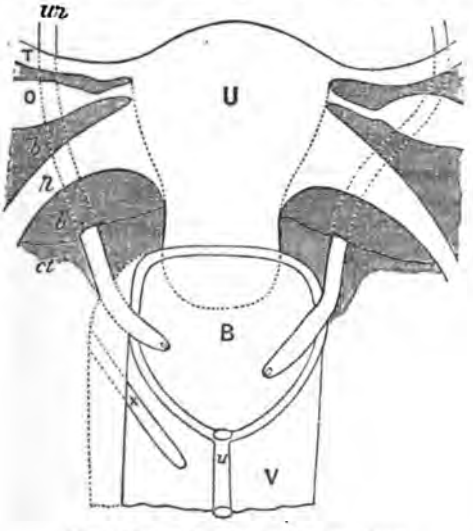


Fig. 460. — Rapports des uretères.

U, utérus ; *ur*, uretère ; B, vessie ; *u*, urètre ; V, vagin ; T, trompe de Fallope ; O, ovaire ; *b*, ligament large ; *r*, ligament rond ; *ct*, tissu connectif ; X, incision du vagin dans l'opération de la gastro-élytrotomie $\left(\frac{2}{3}\right)$.

avec beaucoup de précautions. Le chirurgien doit avoir présent à l'esprit la disposition anatomique de la région (fig. 460) et penser aux uretères. La libération du vagin seule se fait avec le bistouri ; le décollement de la vessie a lieu avec le doigt. Lorsqu'on arrive au cul-de-sac péritonéal, il faut, avant de l'inciser, bien faire l'hémostase.

4° *Ligature définitive des ligaments larges.* — On enlève la pince qui maintenait le col, et on saisit en arrière le fond de l'utérus de

façon à le faire basculer en avant ; la partie supérieure des ligaments larges se trouve alors en bas avec ses ailerons ; c'est alors qu'on en fait la ligature définitive en 3 ou 4 paquets. Martin recommande, avant d'enlever complètement l'utérus, de réunir par un point de suture le dernier paquet du moignon du ligament large avec l'angle correspondant de la plaie vaginale ; on en fait autant du côté droit et on enlève l'utérus en sectionnant les dernières brides qui le retenaient encore.

On rétrécit ensuite par quelques points de suture la plaie vaginale sans la fermer.

On remplit ensuite le vagin par un tamponnement de gaze iodoformée pas trop serré pour assurer le drainage.

Hystérotomie vaginale et morcellement. — Nous avons décrit en parlant des fibromes la méthode de Péan qui consiste à morceler les fibromes volumineux sans pratiquer l'ablation de l'utérus (p. 372) ; c'est une *hystérotomie vaginale.*

Mais on a appliqué le morcellement préalable des tumeurs fibreuses avant l'hystérectomie vaginale dans les cas où celles-ci sont trop volumineuses pour franchir le vagin.

Doyen a apporté à la technique opératoire de ces tumeurs des perfectionnements qui l'ont érigée en véritable méthode. Voici la technique telle qu'il l'a donnée lui-même [1].

Technique de l'hystérectomie vaginale pour fibromes. — « Le cul-de-sac de Douglas incisé et la vessie décollée, on pratique l'hémisection médiane du corps, saisi par ses commissures latérales.

La vessie protégée par un écarteur et le pôle inférieur du fibrome mis à nu, on le perfore soit dans une seule direction, soit dans plusieurs directions différentes avec le plus gros des tubes tranchants qui peut y avoir accès ; on obtient ainsi des cylindres qui sont extraits à l'aide d'une pince à gouge de dimension appropriée ; le V utérin médian est prolongé sur le corps de l'organe, puis attiré en haut et en avant. La lèvre antérieure de l'orifice creusé au centre du fibrome saisie à l'aide d'une pince à griffes, un écarteur est introduit entre le fibrome et sa coque utérine, et l'on taille un nouveau V sur la face antérieure de la tumeur. Un premier puis un second losange sont extirpés, aussi volumineux que possible à l'aide de longs ciseaux courbes et de la pince de Museux.

[1] *Technique chirurgicale*, Paris, 1897.

La tumeur bascule en avant. Le V médian de la paroi utérine antérieure peut alors être attiré plus bas à la vulve par suite de la diminution de volume de la face antérieure du fibrome.

On prolonge de chaque côté les branches de ce V et, dès que l'on peut, on incise le cul-de-sac péritonéal antérieur. »

§ 1. — Hystérectomie abdominale. Hystérectomie abdomino-vaginale. Hystérectomie sacrée. Hystérotomie. Myomectomie.

Nous devons d'abord établir de suite une distinction entre l'*hystérotomie* et l'*hystérectomie*. La première opération a pour but l'ablation de tumeurs utérines volumineuses par l'abdomen ou le vagin sans enlever l'utérus ; la seconde consiste dans l'ablation de l'utérus lui-même lorsque les tumeurs qu'il contient sont interstitielles et non pédiculées. Il faut encore distinguer ces deux procédés opératoires de l'*opération de Porro* ou amputation utéro-ovarique, cette dernière opération qui est du ressort de l'obstétrique consiste à enlever l'utérus et son contenu lorsque l'accouchement est rendu impossible par un rétrécissement extrême du bassin. Elle a été proposée pour remplacer l'opération césarienne et ne doit pas nous occuper ici.

A. — Hystérectomie abdominale

Les premières hystérectomies abdominales ont été pratiquées à la suite d'erreurs de diagnostic, le chirurgien croyant simplement avoir à faire à un kyste de l'ovaire.

C'est un chirurgien américain, Kimball, qui le premier pratiqua cette opération de propos délibéré en 1854, puis vient l'observation de Kœberlé (1864) ; enfin Péan publia en 1869, puis en 1873, un mémoire dans lequel il donne avec précision la technique de la nouvelle opération. C'est donc à cet éminent chirurgien que nous devons l'introduction et la propagation en France de l'hystérectomie abdominale. A cette époque Péan traitait le pédicule par la méthode extra-péritonéale et ses succès étaient dus en grande partie à l'usage de la forcipressure ; depuis cette époque de grandes modifications ont été apportées à la technique et nous possédons aujourd'hui un manuel opératoire tout à fait perfectionné.

Indications. — On sait que Freund avait d'abord limité la pratique de l'hystérectomie abdominale au *cancer du corps de l'utérus ;* les insuccès qu'avaient donné cette méthode l'avaient fait abandonner ;

elle a repris aujourd'hui une place honorable dans la thérapeutique des tumeurs malignes ; elle est surtout indiquée dans les cas où l'utérus est trop volumineux pour franchir aisément le vagin et où le néoplasme a envahi la totalité de l'organe (voy. p. 329).

Mais c'est surtout aux *tumeurs fibreuses* que l'hystérectomie abdominale est appliquable. Les succès obtenus par cette opération ne se comptent plus aujourd'hui, et la mortalité opératoire qui était autrefois de 80 p. 100 est aujourd'hui descendue à 10 ou 15 p. 100.

La gravité de l'opération dépend du reste du volume et de la position de la tumeur ; lorsque le fibrome est pédiculé et énucléable, elle ne présente pas plus de risques qu'une ovariotomie ordinaire, tandis qu'elle est beaucoup plus grave pour les corps fibreux à noyaux multiples et intra-ligamentaires.

Enfin l'hystérectomie abdominale est appliquée avec succès par Kelly et plusieurs chirurgiens étrangers pour les annexes bilatérales suppurées qui la préfèrent à l'opération de Péan-Segond (colpo-hystérectomie).

L'ablation de l'utérus par la voie abdominale a encore été pratiquée pour d'autres tumeurs moins fréquentes (kystes hydatiques, tumeurs végétantes du péritoine, etc.).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voici le manuel opératoire de l'*hystérectomie abdominale*. On peut lui assigner quatre temps : 1° incision de la paroi abdominale ;

Fig. 461. — Ligateur élastique.

2° hémostase provisoire et réduction de la tumeur ; 3° ligature du pédicule et excision de la tumeur ; 4° fermeture de la paroi abdominale.

1° *Ouverture de la paroi.* — Ce que nous disons plus loin à propos de l'ovariotomie nous dispense de longs développements sur les

préparatifs opératoires et la section abdominale ; l'incision sera en rapport avec le volume et la tumeur ; d'abord petite, elle sera agrandie selon les nécessités de l'intervention.

2° *Hémostase provisoire. Examen et réduction de la tumeur.* — Quelles que soient les difficultés que présente l'opération, celles-ci seront toujours simplifiées si l'on peut l'accomplir sans perte de sang.

Tous les chirurgiens ont tenté l'hémostase provisoire ; Kœberlé et

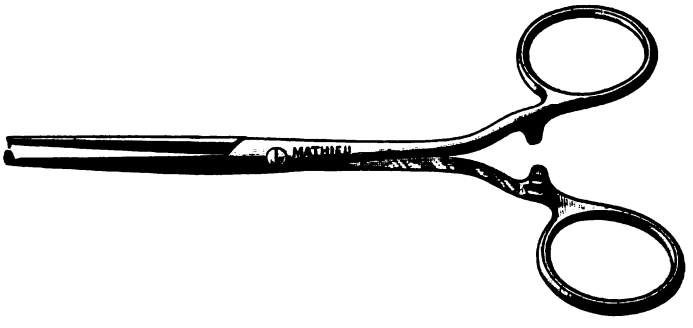


Fig. 462. — Pinces hémostatiques à griffes de Kocher.

Péan employaient des fils métalliques, d'autres faisaient la constriction avec l'écraseur. Kleberg, d'Odessa, a eu l'idée ingénieuse de resserrer le moignon avec des tubes de caoutchouc qui jouaient le même rôle que la bande d'Esmarch en chirurgie générale. Ce système a été appliqué par les Allemands pour la ligature définitive du pédicule utérin ; mais Pozzi, qui a fait connaître en France cette méthode, conseille de ne l'appliquer qu'à l'hémostase provisoire ; il emploie à cet effet des cordons de caoutchouc plein de 5 millimètres de diamètre ; après avoir traversé la base de la tumeur avec une ou deux broches (fig. 463), le cordon, fortement étiré, fait deux fois le tour du pédicule et ses deux chefs croisés sont maintenus par une pince à forcipressure.

Lorsque la place manque on peut faire l'hémostase avec un ligateur élastique (fig. 461).

Voici la technique qu'a préconisée Péan pour le dégagement et le morcellement de la tumeur. Le chirurgien apprécie directement, par la vue et le toucher, le volume du corps fibreux solide en totalité et reconnaît s'il est entièrement solide, ou s'il présente un ou plusieurs kystes ; si l'incision pourra lui livrer passage. Dans le doute, il plon-

gera la main dans l'abdomen pour s'en assurer et imprimer au besoin à la tumeur des mouvements pour en faciliter le dégagement, à condition de cesser aussitôt qu'il sera convaincu de l'inutilité de ses efforts. S'il réussit, il devra procéder immédiatement aux autres temps de l'opération. S'il ne réussit pas, il trouera le fibrome avec un

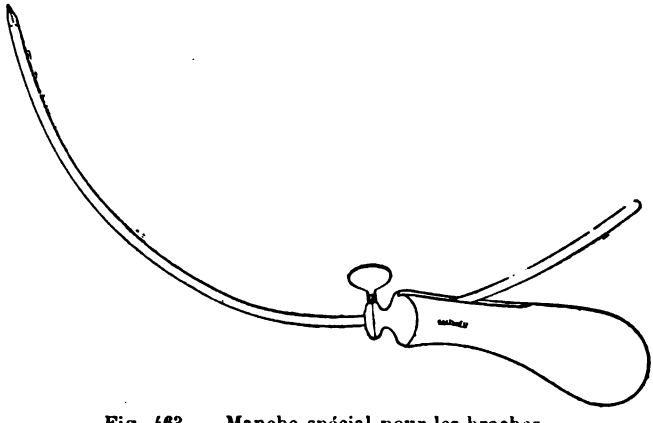


Fig. 463. — Manche spécial pour les broches.

gros trocart qui lui servira de point d'appui pour le désenclaver et l'attirer. Si son volume est tel que par ce moyen on ne puisse pas la faire sortir par la plaie abdominale, voici comment on s'y prendra :

Quand la tumeur contient des kystes à parois minces, susceptibles de s'affaisser après la sortie du liquide, le chirurgien les ponctionnera pour diminuer le volume, comme pour les kystes aréolaires de l'ovaire. Si elle est solide ou ne contient que des géodes à parois épaisses, on aura recours au *morcellement*.

Pour cela on commence par traverser la partie moyenne de la tumeur, au besoin la partie la plus accessible, par plusieurs anses de fils métalliques conduites par de grosses aiguilles à manche (deux ou trois suffisent généralement). Les fils sont ensuite serrés à l'aide de serre-nœuds ordinaires, de façon à interrompre la circulation dans toute la partie qui se trouve située au-dessus des ligatures. On peut alors exciser cette partie en toute sécurité et diminuer d'autant le volume de la masse morbide.

D'autres chirurgiens préfèrent l'agrandissement de l'incision abdominale à la pratique du morcellement.

Rupture des adhérences. — On y procède doucement avec la main ;

lorsqu'elles sont très vasculaires, il faut pincer, puis lier soigneusement toutes les artérioles avec du catgut. Si les adhérences de l'intestin et

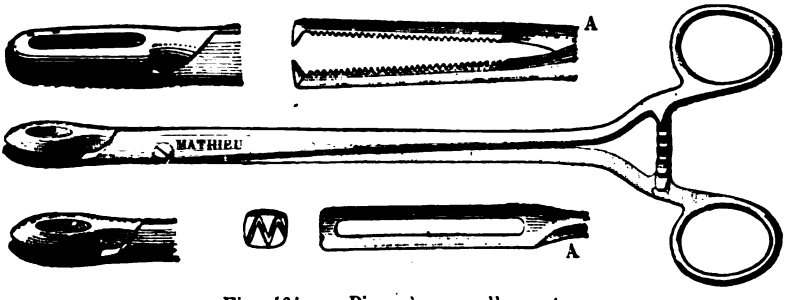


Fig. 464. — Pince à morcellement.
A, mors allongés à griffes; B, mors allongés à pointe; mors ovales à pointe; C, mors ovales sans pointes.

de la vessie ne peuvent être détruites sans danger, il vaut mieux laisser une mince portion de la tumeur que de s'exposer à une déchirure.

Pendant toute la durée de ces manœuvres on peut suspendre la tumeur au plafond à l'aide de la poulie de Reverdin, à la condition que les tractions soient douces et bien réglées.

Extraction de la tumeur. — Une fois que la tumeur est libre de tous côtés et que son volume est suffisamment réduit pour qu'elle

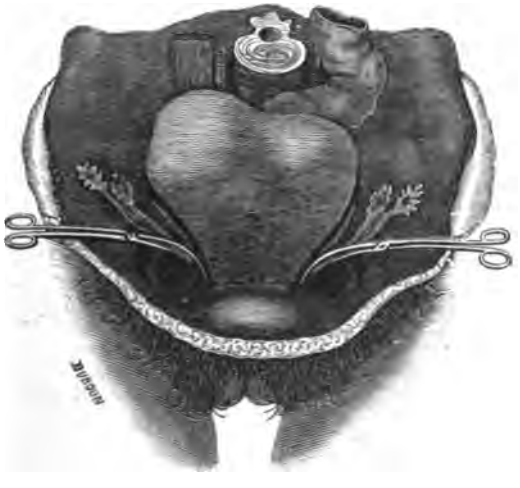


Fig. 465. — Hystérectomie abdominale, Pincement préventif des ligaments larges. Excision du col de l'utérus; ligature des ligaments larges et de la portion très haute du col.

puisse passer entre les lèvres de la plaie, il devient facile de l'attirer

au dehors, soit avec les mains, soit avec de grosses pinces à arrêt et à pointes, soit avec des broches (fig. 463) passées au travers de la tumeur, soit avec les fils et les serre-nœuds laissés en place quand on a eu recours au morcellement ; on peut également employer pour saisir la tumeur et l'attirer au dehors un extirpateur en forme de tire-bouchon. A mesure qu'elle passe par la plaie pour arriver à l'extérieur, il faut qu'un aide s'occupe d'empêcher la hernie des intestins. Pour cela, il doit exercer des pressions de bas en haut avec les deux mains posées à plat au-dessus de la tumeur. Il doit, en outre, lorsqu'elle s'échappe brusquement au dehors, rapprocher vivement les deux lèvres de l'incision.

3° *Excision de la tumeur et traitement du pédicule.* — Une fois la tumeur dégagée, il faut placer une chaîne de doubles ligatures sur les ligaments larges avant de les sectioner. Nous avons donné page 119 des indications générales pour la ligature des pédicules ; il est pré-

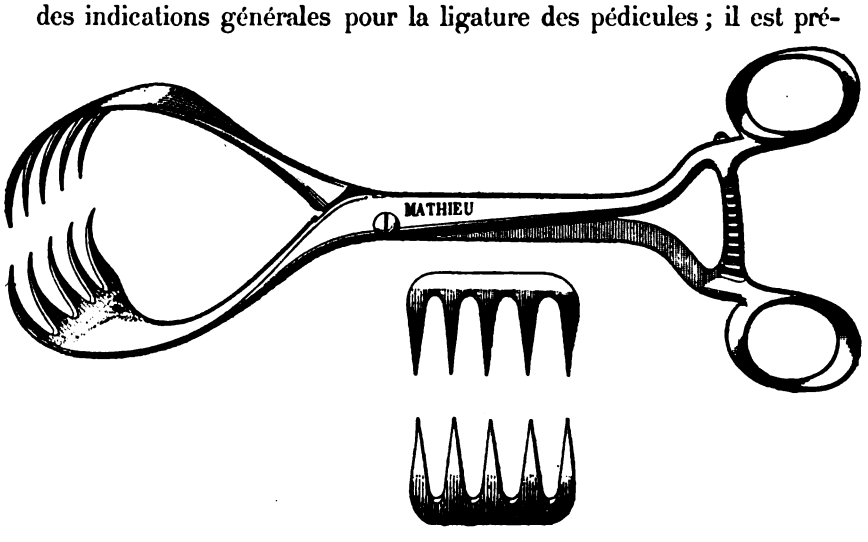


Fig. 466. — Pince de Reverdin pour saisir les fibromes.

férable de lier séparément la trompe et le ligament rond en appliquant soit la ligature à chaîne (fig. 469), soit le nœud de Bantock (fig. 467), soit celui de Lawson Tait (fig. 468). Les ligaments larges sont alors sectionnés et lorsque la partie supérieure du col est dégagée, on y place la ligature élastique provisoire ou définitive.

Ablation des annexes. — La plupart des chirurgiens conseillent

d'enlever les *annexes* à moins de difficultés extraordinaires résultant d'adhérences ; cependant Kelly conserve le plus souvent les ovaires pour éviter les troubles d'une ménopause prématurée ; il a trouvé quelques imitateurs en France.

L'utérus est alors dégagé sur ses côtés, la ligature élastique est appliquée ; il n'y a plus qu'à sectionner la tumeur, ce qui se fait rapidement par section et énucléation, en laissant un moignon d'environ 4 centimètres au-dessus de la ligature.

Traitement du pédicule. — C'est alors que survient la question si discutée du traitement du pédicule.

Faut-il le traiter par la méthode de Péan et d'Hégar (*Traitement extra-péritonéal*) ou faut-il adopter celle de Schrœder (*Traitement intra-péritonéal*). Nous allons exposer chacune de ces deux méthodes.

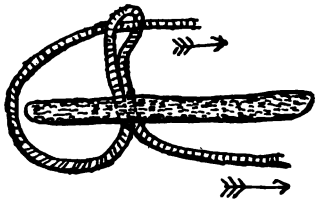


Fig. 467. — Nœud de Bantock.

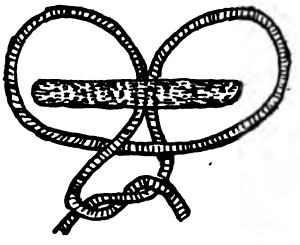


Fig. 468. — Nœud de L. Tait.

Fig. 469. — Ligature en chaîne.

Traitement extra-péritonéal. — Voici la technique proposée par Hegar et Péan :

La ligature est faite avec un lien en caoutchouc. La tumeur ayant

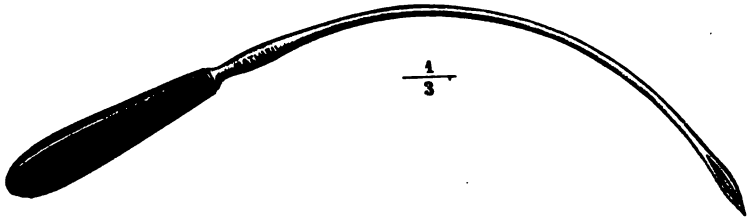


Fig. 470. — Longues aiguilles très courbes à manche.

été incisée à 5 ou 6 centimètres au-dessus du lien, on passe dans le péritoine pariétal et le plus près possible de l'angle inférieur de la

Fig. 471. — Aiguilles mousses à manche, pour passer les ligatures à travers le pédicule.

plaie un fil de soie. De là on passe à 1 centimètre derrière le pédicule en arrière des ligatures élastiques, à travers son revêtement péritonéal, pour ressortir en un point correspondant au point d'entrée. Lorsqu'on noue ce fil, le péritoine de la paroi abdominale vient s'appliquer exactement sur la séreuse du pédicule. On suture de même le péritoine sur la face antérieure et au besoin sur les faces latérales du pédicule.

Au-dessus du pédicule, on appliquera encore, en allant vers l'ombilic, trois ou quatre fils ne comprenant que le péritoine, et à partir de ce point on suturera la plaie abdominale suivant la méthode ordinaire. On ferme ainsi rapidement et sûrement la cavité du péritoine ; on fait en outre, entre le pédicule et la paroi abdominale, une gouttière circulaire qui permet de toujours voir le pédicule et de maintenir très propres les points voisins. On le fixe hors du péritoine à l'aide de deux fortes aiguilles lancéolées croisées qui reposent sur la paroi abdominale dont elles sont séparées par un petit coussinet d'ouate ; puis on cautérise la surface de section avec le thermocautère et on la badigeonne avec une solution à 1 p. 100 de chlorure de zinc. Finalement on remplit la gouttière circumpédiculaire avec une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 et on la bourre avec de la gaze iodofor-

mée. La plaie de l'abdomen et le pédicule sont recouverts d'un pansement facile à changer.

Pozzi cautérise l'intérieur du pédicule avec le thermocautère et remplit la *gouttière péri-pédiculaire* par une poudre contenant une

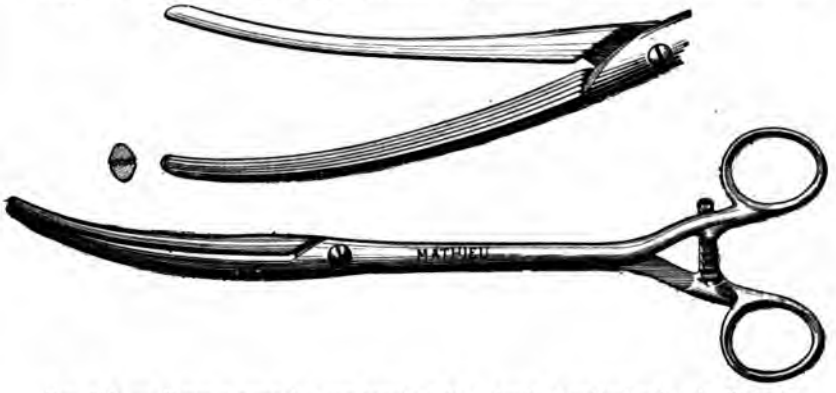


Fig. 472. — Pince-clamp à mors courbes et à dents longitudinales de Richelot.

partie d'iodoforme pour une partie de tanin et laisse le premier pansement en place huit à dix jours. La ligature élastique tombe

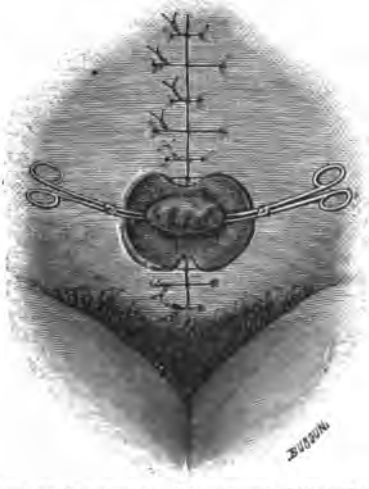


Fig. 473. — Fermeture du ventre. Pincement définitif du pédicule (Péan).

généralement du quinzième au vingtième jour, entraînant avec elle la ligature et les broches.

Péan employait également la forcipressure pour le pincement définitif du pédicule (fig. 473).

Traitement intra-péritonéal. — Le procédé le plus employé est celui de Schrœder-Hofmeier.

L'opérateur a soin, en pratiquant la section de la tumeur, de finir par une incision circulaire distante de 3 à 4 centimètres de la ligature ; cette incision porte d'abord sur le péritoine ; avant d'aller plus profondément il faut un peu décoller la séreuse qui s'est rétractée ; la manchette ainsi obtenue doit être en partie constituée par le péritoine ; on la régularise alors avec des ciseaux et on exerce une légère traction de façon à ce qu'elle soit suffisante pour recouvrir la totalité de la plaie ; on lie avec du catgut les quelques vaisseaux béants qui peuvent exister.

Il importe alors de désinfecter la muqueuse de la cavité utérine qui

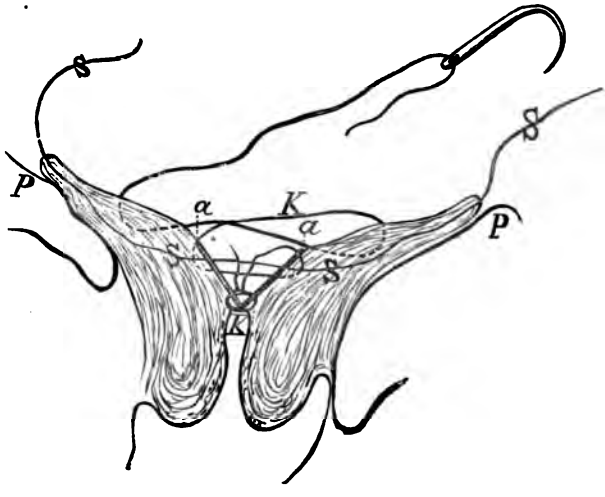


Fig. 474. — Suture du pédicule d'après le procédé de Schroder-Hofmeier.

S, suture profonde en soie passée en premier lieu sur toute la surface cruentée; K, suture continue au catgut à étages superposés destinée à bien affronter la totalité de la plaie. Sa ligne noire *a*, *a*, en forme de V indique la partie de la cavité utérine qui doit être cautérisée; P, revêtement péritonéal.

se trouve au fond de la plaie ; il faut d'abord enlever une partie de la muqueuse en évidant la plaie en forme de V (fig. 474) puis la cautériser avec le thermocautère.

On procède alors à la suture. On passe d'abord un premier fil de soie S,S (fig. 474) pour affronter toute la surface cruentée ; puis on pratique une suture continue à étages superposés au catgut de façon à obtenir un affrontement parfait, condition essentielle du succès.

On emploiera avec avantage pour ces manœuvres un écarteur auto-

matique qui donne un meilleur éclairage de la cavité (fig. 475).

Lorsqu'il a traité le pédicule par la méthode intra-péritonéale, Martin, de Berlin, pratique toujours le drainage vaginal ; à l'aide d'une pince introduite dans le vagin il fait pénétrer un tube de caoutchouc en croix dans le cul-de-sac de Douglas. Cette précaution est aujourd'hui abandonnée par la plupart des chirurgiens sauf dans les cas exceptionnellement graves.

Hystérectomie sub-totale. — Le traitement intra-péritonéal du pédicule devient de plus en plus en faveur ; il devra être appliqué dans les cas simples, pour des fibromes non adhérents et lorsque l'opération n'a présenté aucune complication ; la méthode extra-péritonéale est employée dans les cas graves et compliqués.

On voit par la figure 474 que la méthode intra-péritonéale, telle qu'elle a été appliquée par Schrœder, laisse subsister dans la *cavité* abdominale une partie plus ou moins importante de l'utérus.

Ce procédé d'exérèse qui laisse en place un moignon du col a été adopté par un grand nombre de chirurgiens qui ont jugé à propos de l'ériger en méthode opératoire et lui ont donné le nom d'*Hystérectomie sub-totale*.

Nous reconnaissons volontiers la supériorité du procédé, mais il nous est difficile d'admettre qu'il constitue par lui-même une méthode distincte et récente. Il nous fallait cependant signaler dans un *manuel* la nouvelle désignation.

On doit donc entendre par *hystérectomie sub-totale* l'application du traitement intra-péritonéal du pédicule avec conservation d'une partie plus ou moins considérable d'un moignon formé par le col utérin. M. Ricard a exposé les avantages de l'hystérectomie subtotale au dernier congrès de chirurgie (Paris, octobre 1899).

« L'opération est plus rapide, plus facile, moins hémorragique, plus facilement aseptique et par suite plus bénigne.

« La *rapidité* plus grande résulte de la suppression de l'ouverture du vagin et par suite du suintement hémorragique de la tranche vaginale, rarement inquiétant, mais suffisamment abondant pour avoir besoin d'être arrêté. Or, dans quelques cas, ce suintement est difficile à maîtriser ; il continue malgré les pinces, le surjet est insuffisant pour y porter remède et je pense qu'il n'est pas d'opérateur qui n'ait quelquefois eu des ennuis avec cette tranche vaginale. La traversée utérine, au contraire, se fait en quelques coups de bistouri et sans écoulement sanguin.

« La suture occlusive du moignon utérin est de même plus rapide que l'occlusion du vagin.

« La *facilité* plus grande est prouvée par ce fait même qu'il est ici inutile de chercher les culs-de-sac vaginaux, dont l'ouverture est quelquefois si délicate que nombre d'opérateurs se trouvent obligés d'introduire par le vagin de longues pinces courbes pour déterminer le cul-de-sac et préciser le point où doit porter l'incision. Dans la sub-

Fig. 475. — Valve abdomino-vaginale de Montprofit.

totale, lorsque le toucher a démontré que la dissection utérine ne laissait que la portion intra-vaginale du col, on coupe directement au niveau fixé, sans s'inquiéter davantage.

« Je considère comme démontré que l'opération est plus facilement maintenue *aseptique*. Quoi qu'on en ait dit, quelque minutieuse que soit la toilette pré-opératoire du vagin, l'asepsie de cette cavité reste douteuse, la préservation du péritoine au moment des manœuvres d'hémostase peut être moins facile. L'utérus, pendant les tractions, a pu y déverser, à la fin même de l'opération, des sécrétions septiques. Or, rien n'est plus facile, dans la sub-totale, que de bien envelopper le petit moignon utérin pendant la traversée du canal cervical facilement maintenu dans le champ des compresses par une forte pince, et le recouvrir d'une compresse pendant la ligature des utérines et utéro-ovariennes du côté opposé. »

B. — Hystérectomie vagino-abdominale totale

Nous décrivons sous ce nom les procédés qui comportent l'ouverture des culs-de-sac vaginaux.

Cette opération a été souvent pratiquée accidentellement lorsque le

chirurgien se trouvait dans l'impossibilité de terminer par une ablation commencée par le vagin.

Elle a cependant été méthodiquement pratiquée par Bardenheuer en 1880 et par plusieurs chirurgiens étrangers ; Chaput en a été un des principaux rénovateurs en France ; dans un mémoire publié en 1893, il a donné une excellente technique et démontré avec quelle facilité on enlevait l'utérus lorsqu'il était débarrassé de ses insertions vaginales (fig. 476).

Il existe un grand nombre de procédés pour l'ablation totale de l'utérus. Nous nous bornerons à faire connaître les trois principaux : celui de *Doyen*, celui de *Reynier* et enfin le *procédé américain*.

I. Procédé de Doyen. — Ce chirurgien exécute la libération de l'utérus en incisant le vagin de bas en haut avec la même simplicité que dans l'hystérectomie vaginale. Voici son procédé tel qu'il l'a décrit dans sa *Technique chirurgicale :*

1er temps : *Incision de la paroi et extraction de la tumeur au-dessus du pubis.* — La malade est placée dans la position de Trendelenbourg, l'abdomen est ouvert et la tumeur est détachée de ses adhérences comme dans les autres procédés. On saisit alors le fibrome en le perforant avec une érigne hélicoïde (fig. 477 et 478) ou avec la pince de Reverdin (fig. 466).

2e temps : *Extirpation de l'utérus et hémostase de ses attaches pelviennes.* — L'extirpation de l'utérus, lorsqu'il a pu être facilement attiré hors du ventre, doit être pratiqué très vite et sans hémostase préventive ; une longue pince courbe introduite dans le vagin préalablement désinfecté est poussée par l'assistant en arrière du col de manière à faire saillie aussi haut que possible dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

La hauteur exacte de l'insertion postérieure du col se trouvant ainsi déterminée, on place un gros fil de soie à un centimètre environ du point où le vagin va se trouver ouvert ; ce fil sera utile à la fin de l'opération pour attirer en haut les lèvres postérieures de la plaie péritonéale et faciliter la fermeture de l'orifice vaginal.

Le cul-de-sac de Douglas est incisé longitudinalement sur la saillie de la pince avec le bistouri ou les ciseaux, et la pince, poussée vigoureusement par l'assistant, pénètre dans le péritoine ; elle est alors ouverte aussi largement que possible ; la boutonnière vaginale ainsi agrandie, le chirurgien y introduit l'index droit, reconnaît le col et

plonge dans la plaie une érigne pour la préhension du museau de tanche.

Le col, solidement saisi, est attiré en haut et apparaît entre les lèvres

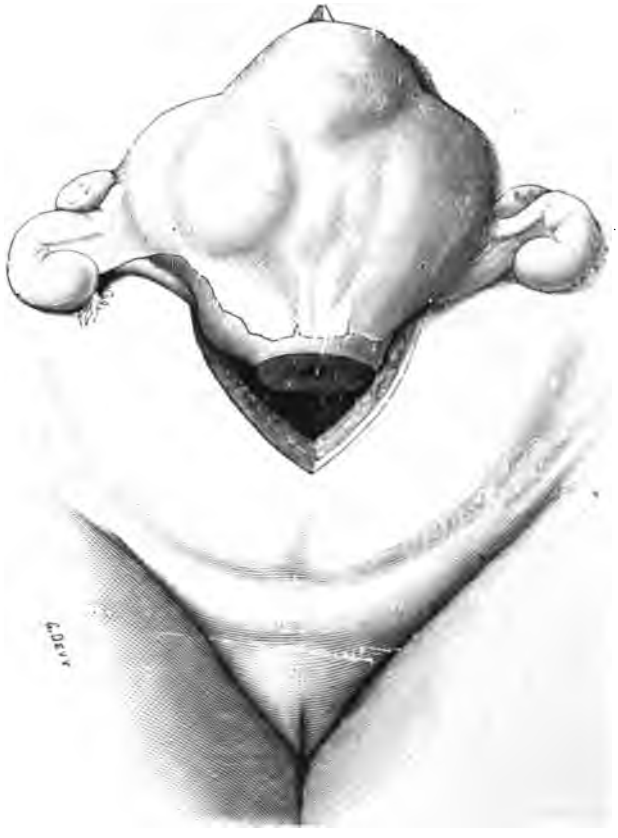


Fig. 476. — Cette figure est destinée à montrer avec quelle facilité la tumeur sort du ventre lorsqu'on a au préalable amputé le col (Chaput).

de la boutonnière vaginale ; on reconnaît alors facilement ses attaches latérales ; un coup de ciseau est pratiqué de chaque côté, au contact du tissu utérin, et on libère le museau de tanche de ses attaches latérales à l'étage inférieur du ligament large ; avec la pince-érigne on l'attire vigoureusement en haut.

Le cul-de-sac antérieur devient alors visible et il est sectionné avec des ciseaux au contact du col.

Il suffit alors de tirer plus énergiquement sur les pinces, en détachant de l'index droit le col de la vessie, pour voir sauter celui-ci entièrement libéré.

Il ne reste plus que des connexions latérales ; l'index gauche est

Fig. 477. — Erigne hélicoïde de Doyen.

introduit, de l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large du côté droit et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus ; la tumeur est alors rapidement attirée vers la gauche du côté de l'opérateur ; elle se dépouille en se dévidant en quelque sorte de son enveloppe

Fig. 478. — Désenclavateur de Segond.

séreuse et le ligament large de gauche est sectionné. L'utérus est alors entièrement détaché.

L'hémostase est faite à ciel ouvert. Un fil est jeté et noué d'abord circulairement, puis, après transfixion du pédicule, au-dessous des annexes droites, et celles-ci réséquées. Les annexes gauches sont liées et réséquées à leur tour. Les chefs de ces fils sont maintenus avec des pinces. Les utérines ou leurs branches qui ont été pincées aussitôt après l'extirpation de l'utérus sont liées isolément.

Une fois la cavité pelvienne étanche on attire en haut la lèvre péritonéale à l'aide de l'anse de soie placée à ce point avant l'ouverture du vagin, la muqueuse vaginale est saisie à son tour avec une ou plusieurs longues pinces à griffe et on les rapproche par deux ou trois

points de suture. Les chefs de fil qui tiennent les pédicules tubo-ovariens sont alors attirés dans le vagin avec une pince ; il ne reste plus qu'à fermer le péritoine pelvien.

3e temps : *Fermeture du péritoine.* — A l'aide d'une aiguille courbe chargée d'un fil de forte soie on embrasse les bords du feuillet péritonéal qui recouvre la plaie de façon à circonscrire les replis séreux en un froncement qui prend la forme d'une bourse. Si les replis péritonéaux ne sont pas assez lâches pour permettre la ligature en bourse on pratique un surjet transversal ; il importe de bien réunir la séreuse et d'avoir une obturation parfaite.

La *fermeture du ventre* a lieu par les procédés habituels.

II. Procédé de Reynier. — Le procédé de Doyen, dit *procédé à bascule* a été critiqué par un grand nombre de chirurgiens qui font remarquer que, pour séparer l'utérus de la vessie, on procède *par arrachement*, ce qui expose à des déchirures de la face postérieure de la vessie.

Ainsi beaucoup, à l'heure actuelle, préfèrent-ils, soit l'*hystérectomie abdominale totale dans l'axe* (procédé de Reynier) soit le *procédé Américain*, par bascule latérale.

Hystérectomie abdominale totale dans l'axe (procédé de Reynier). — L'utérus ayant été attiré au dehors au moyen de l'érigne hélicoïde (fig. 477), on pose, en dehors des annexes, une pince sur les artères utéro-ovariennes de chaque côté et une contre la corne utérine. On coupe entre ces deux pinces le ligament large.

En avant et en arrière une incision est menée transversalement sur la face antérieure, et la face postérieure de l'utérus, entamant le péritoine utérin.

La collerette péritonéale, libérée à l'aide des doigts, décollée de haut en bas et d'avant en arrière, est alors saisie avec des pinces.

Le cul-de-sac postérieur est ouvert le premier. Une pince introduite par le vagin dans le cul-de-sac postérieur et le repoussant facilite l'ouverture de ce cul-de-sac.

L'orifice est agrandi aux ciseaux et le vagin désinséré dans tout le pourtour du col, et des ligatures sont placées sur les utérines de chaque côté.

La collerette péritonéale est fermée au surjet par adossement de ses surfaces séreuses, et la cavité péritonéale hermétiquement close.

Un certain nombre de chirurgiens préfèrent ne pas fermer complètement la cavité péritonéale et laisser une ouverture, faisant remarquer avec raison qu'à la suite de ces traumatismes il y a toujours un suintement péritonéal qu'il est bon de laisser écouler au dehors.

On peut encore, comme l'a proposé Reynier, commencer par inciser au bistouri la muqueuse vaginale qui entoure le col en ayant la précaution de ne pas introduire les doigts dans le vagin, et de jeter les instruments qui ont servi ; cette modification à la technique est surtout applicable au cancer utérin en permettant de limiter plus facilement les lésions vaginales ; cette limitation étant plus facile par en bas que par en haut ; on fait ensuite l'hystérectomie abdominale comme il a été décrit ci-dessus :

Pinces sur les artères utéro-ovariennes ; section des ligaments larges ; décollement de la vessie de haut en bas ; ouverture du cul-de-sac postérieur.

Ce décollement et cette ouverture nous amènent à remonter l'incision vaginale antérieure.

L'utérus n'étant plus en connexion avec la base des ligaments larges, on enserre cette base dans une pince de chaque côté mise au bas de l'utérus, et on coupe, entre elle et l'organe, le ligament.

On termine l'opération en remplaçant les pinces qui enserrent les artères utérines, et utéro-ovariennes par des ligatures.

Dans le cancer utérin, lorsque les infiltrations du ligament ont obligé de sectionner l'artère utérine très près de la ceinture pelvienne, il est parfois nécessaire de laisser les pinces à demeure ; en agissant ainsi on abrège la durée de l'opération et on évite des déchirures plus ou moins graves.

III. Procédé américain. — J'ai vu pratiquer en Amérique par Kelly, Polk et plusieurs autres gynécologues un procédé dont Segond a rapporté la technique lors de son dernier voyage ; nous lui en empruntons la description :

« Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale et se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche en dehors des annexes ; c'est toujours possible quelle que soit la lésion.

L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique, la couper entre la ligature et la paroi puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même

l'artère du ligament rond et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci ; comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a nulle part de grosses pinces étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple.

Si le ligament large est occupé par une tumeur il faut s'en débarrasser par les procédés habituels. L'artère, une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince.

Poursuivre ainsi le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine ; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup de sang ; on doit en assurer l'occlusion par des ligatures.

On procède ensuite aux temps suivants :

Préhension du col au travers de la brèche vaginale ;

Renversement du museau de tanche en haut et à droite à l'aide d'une pince ;

Libération complète du col en arrière avec la précaution d'entailler à ce dernier niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant ;

Continuation des tractions sur le col en haut et à droite jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante, ligature de celle-ci et section du ligament large droit de bas en haut avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, en assurer le drainage par une mèche de gaze placée dans le vagin. »

On ne saurait trouver une technique plus simple ; l'opérateur n'a pas besoin d'un arsenal instrumental compliqué ; il agit vite et sûrement. Il est vrai qu'elle exige une grande habitude des laparotomies et une certaine habileté opératoire.

HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

Cette opération proposée par Jaboulay, de Lyon, a pour but de laisser la *cavité péritonéale* et les anses intestinales à l'abri de toutes

les manœuvres qui aboutissent à l'ablation d'un utérus fibromateux ou cancéreux, et de réaliser d'emblée une hémostase parfaite, en pleine sécurité.

Elle comprend les temps suivants :

1° La laparotomie sous-ombilicale médiane *jusqu'au péritoine exclusivement ;* l'incision descend sur le pubis.

2° L'opérateur enfonce la main en dehors de la vessie sous le péritoine qu'il décolle et récline de façon à pénétrer dans le ligament large ; le décollement se poursuit dans son épaisseur, et l'urètre est reconnu d'abord, ainsi que l'artère utérine ; celle-ci est liée. En remontant plus haut, on arrive toujours sur le péritoine, vers les parties profondes de l'ovaire et de la trompe. L'anastomose de l'artère utéro-ovarienne et de l'utérine est cherchée et liée encore. Si le ligament rond gênait ces manœuvres, il serait sectionné lui aussi dans sa portion sous-péritonéale et rendu libre de ses connexions avec le canal inguinal.

La même manœuvre est répétée pour le ligament du côté opposé, en pénétrant toujours dans son épaisseur, en avant et dans le voisinage de la vessie ; mêmes recherches des organes et mêmes ligatures qui seront aussi appliquées sur les veines qui donnent du sang. Pour bien séparer l'utérus de la vessie, il faut pénétrer dans l'épaisseur du ligament large au-dessus du cordon de l'artère ombilicale et récliner celui-ci en bas et en avant. Le doigt profite de ce décollement du ligament large pour aller en bas au contact du vagin ; avec les ciseaux on ouvre les culs-de-sac pour libérer le col utérin de ses attaches en totalité ou en partie.

Cependant, nous avons aussi procédé autrement : l'hémostase faite dans un ligament large, le vagin est ouvert aux ciseaux, le col attiré avec la pince de Museux, et c'est après le renversement de bas en haut de l'utérus, le col en haut, que j'ai fait le décollement de l'hémostase du ligament large opposé, puis la ligature des annexes et leur excision.

3° Cette dissection des ligaments larges étant opérée, le péritoine ayant toujours été respecté, le col utérin est saisi avec une pince à utérus, et attiré hors du ligament large en avant et en haut par un côté, celui où se trouve l'opérateur, ou bien sur la ligne médiane. Le reste de l'utérus vient ensuite détachant progressivement ses adhérences d'avec le voisinage, d'avec ses vaisseaux, et il ne lui reste plus de contact intime qu'avec les annexes qui sont liées et excisées et le péritoine du fond de l'organe. On continue avec le doigt ce

décollement, et l'on peut arriver à avoir la matrice entière avec une petite couverture séreuse. Parfois la séreuse se déchire transversalement et ouvre la voie de sortie aux anses d'intestin grêle qui sont facilement maintenues. En cas d'adhérences épiploïques ou autres, il serait facile d'en venir à bout, après l'ouverture tardive du péritoine pelvien, la cavité péritonéale ne reste pas exposée à l'infection aussi longtemps que lorsque, après leur destruction, il faut procéder aux manœuvres d'extirpation de l'utérus. L'ouverture transversale de la séreuse est suturée, et l'anfractuosité sous-séreuse a dans le vagin une voie d'écoulement facile qui, par sa facilité même, protège le péritoine sus-jacent.

M. Jaboulay a également employé ce procédé pour les opérations qui demandent avec le sacrifice de l'utérus, celui des annexes enflammées ou atteintes de tumeurs ; dans ces cas encore, la mobilisation préalable de l'utérus et l'hémostase du petit bassin assure une plus grande simplicité aux manœuvres intra-péritonéales que nécessiteront les maladies des trompes, des ovaires ou du fond de la matrice.

C'est se conformer au mode de développement embryologique de l'utérus et se rappeler qu'il est un organe à développement sous-séreux, que de suivre le procédé opératoire que propose M. Jaboulay après l'avoir employé avec succès.

HYSTÉRECTOMIE SACRÉE

Les chirurgiens allemands ont ajouté aux diverses méthodes d'ablation de l'utérus que nous venons de décrire l'*hystérectomie par la voie sacrée ;* cette opération a été pratiquée par Hégar, mais surtout par Albert, à Vienne. Voici la technique opératoire.

La malade est placée sur le côté gauche, les jambes repliées sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. On fait une incision sur le bord gauche du sacrum, à deux travers de doigt de son extrémité inférieure, tout près du sommet du coccyx, on coupe successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les aponévroses. La plaie est tamponnée avec de la ouate antiseptique ; une deuxième incision partant de l'extrémité de la première fait avec elle un angle de 45° en suivant assez régulièrement le bord droit du sacrum. Sa longueur n'est que la moitié de celle de la première. Lorsque le coccyx a été libéré par la section des parties molles, on passe le doigt au-dessous de lui, on détache avec précaution le rectum et en prenant le doigt pour guide, on introduit la scie à l'aide de laquelle on fera la section osseuse ; celle-ci commence à gauche entre le troisième et le

quatrième trou sacré et elle finit à droite un peu au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne ; on conserve le périoste et les parties molles, le fragment devenu mobile est relevé et maintenu par un aide ; l'espace ainsi obtenu est suffisant pour que l'on puisse pénétrer dans le bassin. Le rectum est déplacé à droite ; on lie les vaisseaux que l'on rencontre, on ouvre le péritoine et on pénètre dans le cul-de-sac de Douglas. Autant que possible l'utérus est attiré et renversé, de manière que sa surface antérieure soit rendue accessible en même temps que la partie supérieure des ligaments larges. Ce temps de l'opération est parfois difficile lorsque les ligaments larges sont rigides ; on place sur eux deux séries de ligatures entre lesquelles on les coupe ; les artères utéro-ovariennes sont ensuite isolées et liées ; le feuillet péritonéal limitant en avant le cul-de-sac de Douglas est suturé avec celui qui le limite en arrière de manière à ce que les cavités péritonéale et pelvienne soient isolées ; les connexions vaginales de l'utérus sont ensuite détachées et cet organe est enlevé. On fait soigneusement la toilette de la cavité, au besoin on y laisse un tampon d'ouate iodoformée, et on rapproche le sacrum déplacé.

Nous ne nous prononcerons pas sur la valeur de cette opération qui ne s'est pas encore acclimatée en France où elle n'a été pratiquée que par quelques chirurgiens. La voie sacrée peut cependant être utile pour attaquer certaines productions qu'il serait très difficile d'atteindre par le vagin ou par l'abdomen.

HYSTÉROTOMIE POUR FIBROMES, MYOMECTOMIE

Nous avons longuement décrit, à propos du traitement chirurgical des fibromes, les procédés d'ablation par la voie vaginale lorsque la tumeur est pédiculée, y compris les méthodes de morcellement.

Il nous reste à parler de l'*hystérotomie* abdominale qui consiste à inciser l'utérus comme dans l'opération césarienne, à extraire la tumeur par les lèvres de cette incision et à pratiquer ensuite la suture de l'utérus.

Cette intervention a donné des succès à l'étranger. Bouilly et Ricard l'ont pratiquée. Voici comment M. Ricard en a récemment publié la technique.

« Après la laparotomie, sur le plan incliné, l'utérus étant sorti du petit bassin et bien isolé par des compresses, j'incise en général sur la ligne médiane, à moins de saillie trop nette du fibrome, en un point qui alors est à choisir ; je donne à l'incision une étendue proportion-

nelle aux dimensions du fibrome que je mets à nu, ouvrant ou n'ouvrant pas d'emblée la cavité utérine, allant droit devant moi jusqu'au fibrome. Si la cavité utérine est ouverte, avant d'attaquer le fibrome, les lèvres de la plaie étant maintenues bien béantes, j'essuie la cavité utérine à l'aide des compresses aseptiques et j'en pratique le curettage soigné. Si l'énucléation du fibrome peut être faite avant d'ouvrir la cavité utérine, on ne pratique son nettoyage qu'après. Mais, dans tous les cas, il faut que la cavité utérine soit ouverte, nettoyée, pour permettre le drainage utéro-vaginal de la loge utéro-fibromateuse.

Le curetage fini, je pratique, du corps vers le col, la dilatation large et extemporanée de l'orifice interne du col, et je place un drain rigide, largement perforé, de la loge du fibrome, à travers l'utérus, jusqu'au vagin, dont un pansement maintiendra l'asepsie.

Ceci fait, je surjette l'utérus au catgut ; en général, en un seul plan. Je complète, s'il est nécessaire, par quelques points séparés l'affrontement séreux. Cette suture, sur les parois flasques d'un utérus aminci, est des plus faciles. Il est curieux de constater, dès la fin de l'opération, combien l'utérus est déjà revenu sur lui-même et a déjà perdu une grande partie de son volume. »

La *myomectomie* nous paraît une opération d'avenir ; elle est indiquée chez les femmes jeunes dans les fibromes uniques et de moyen volume et lorsque les annexes sont intactes.

C'est, dans tous les cas, une opération de circonstance. L'opérateur qui ouvre le ventre pour l'extraction d'un fibrome devra toujours s'attendre à faire une hystérectomie totale ; ce n'est qu'après l'incision abdominale qu'on peut faire le choix définitif du procédé.

CHAPITRE X

TROUBLES FONCTIONNELS DE L'UTÉRUS

Sous ce nom nous décrirons les affections qui ne donnent lieu qu'à des lésions indéterminées et qui doivent plutôt être considérées comme un trouble de la fonction. Parmi celles-ci, un grand nombre avaient été décrites par les auteurs comme des entités morbides distinctes, tandis qu'elles ne sont aujourd'hui considérées que comme des symptômes. Telles sont : la métrorrhagie, la rétention des règles, etc. Nous allons nous occuper de ces troubles fonctionnels en insistant sur ceux qui peuvent être considérés comme des affections distinctes et plus particulièrement sur la *stérilité*.

I. — Troubles de la copulation

Nous n'avons pas à décrire ici les phénomènes physiologiques qui président à la fonction copulatrice. Cette fonction peut être entravée par trois causes principales : le coït peut être impossible ou douloureux (*dyspareunie*, *vaginisme*) ; les désirs sexuels peuvent être absents (*frigidité*) ; ils peuvent être portés à un degré excessif (*nymphomanie*).

§ 1. — Dyspareunie.

Nous avons longuement parlé de cette affection dans l'article consacré au *Vaginisme*. Nous avons dit que les douleurs occasionnées par le coït étaient dues, le plus souvent, à une lésion péri-vulvaire ou une contracture du sphincter vaginal.

La dyspareunie peut encore être occasionnée par l'imperforation d'un hymen résistant ou par l'atrésie partielle ou l'absence du vagin. Dans le premier cas, on pourra pratiquer la section de la membrane ; les deux autres cas se rattachent aux vices de conformation des organes dont nous avons déjà parlé (voy. l'article *Vaginisme*).

§ 2. — Frigidité ou anaphrodisie.

La frigidité est tellement fréquente chez la femme, qu'elle peut à peine être considérée comme un état morbide. Chez un grand nombre

de femmes les désirs sexuels ne s'éveillent que fort tard et ont besoin d'un stimulus d'un ordre purement moral et absolument étranger à la science. Il y a là une question d'éducation, d'habitudes, de relations, etc., sur laquelle nous ne devons pas insister. Le médecin, souvent consulté sur ce point, aura toujours assez de tact pour donner un conseil utile, sans se départir de la dignité et de la morale qui doivent toujours être la base de sa conduite.

La frigidité peut, en outre, être acquise et résulter de lésions vulvaires ou vaginales. Elle peut résulter d'excès de coït, de l'onanisme, d'une continence trop prolongée, d'une répulsion personnelle, etc.

Comme traitement, on prescrira les toniques, l'hydrothérapie, les eaux minérales. L'électricité peut donner des résultats et mérite d'être essayée. On emploiera de préférence des courants induits : un pôle peut être appliqué sur la région lombaire ou hypogastrique et l'autre dans le voisinage de la vulve.

§ 3. — Nymphomanie.

C'est une névrose assez fréquente qui est souvent symptomatique d'affections graves, notamment de certaines formes d'aliénation mentale. Elle coïncide parfois avec le développement de tumeurs kystiques de l'ovaire, et elle est quelquefois entretenue par des inflammations locales de la vulve et du vagin et surtout par le prurit vulvaire.

Il n'est pas nécessaire de s'étendre sur la symptomatologie de cette affection. Disons seulement que la nymphomanie n'est pas généralement une affection de la jeunesse et qu'elle s'observe plus souvent à partir de trente ans. Ajoutons qu'elle ne respecte pas même la vieillesse : nous en avons observé deux cas chez des femmes de soixante-dix et de soixante-dix-neuf ans.

Le développement du clitoris et des petites lèvres n'est pas toujourt en rapport avec l'intensité de l'affection. Le plus souvent ces organes ne sont augmentés de volume que par les excitations constantes et les excès de masturbation auxquels s'adonnent les malades.

Le traitement variera selon les cas. On conseillera les bains de siège froids, l'hydrothérapie, les bains de mer, la gymnastique, les fatigues physiques. A l'intérieur, le bromure de potassium à hautes doses nous paraît le meilleur sédatif.

On a pratiqué l'*ablation du clitoris* dans des cas de nymphomanie. C'est une opération dont un chirurgien anglais, Baker-Brown, avait quelque peu abusé.

J'ai pratifié trois fois l'amputation de clitoris volumineux chez des

nymphomanes dégénérées et frisant l'aliénation mentale. Dans deux cas les résultats ont été satisfaisants. L'opération est extrêmement simple et peut être faite avec le thermocautère.

II. — Troubles de la menstruation

Nous ne ferons pas ici la physiologie de la menstruation, qu'on trouvera dans tous les traités de physiologie et d'obstétrique.

Les troubles de cette fonction sont extrêmement fréquents et dominent pour ainsi dire la pathologie utéro-ovarique. Mais ils sont le plus souvent symptomatiques d'affections de l'utérus ou des ovaires. C'est ainsi que la métrorrhagie est un symptôme fréquent dans les cas de polypes, de fibromes, de cancer, etc.

Nous étudierons l'*aménorrhée* ou absence des règles ; la *dysménorrhée* ou menstruation douloureuse et enfin la *métrorrhagie essentielle*.

§ 1. — Aménorrhée.

C'est l'absence du flux menstruel chez une femme qui, *physiologiquement*, doit être réglée. C'est ainsi que la fille non pubère, la femme qui allaite et celle qui a dépassé la ménopause et qui, par conséquent, ne doivent pas être réglées, ne sont pas considérées comme atteintes d'aménorrhée.

L'aménorrhée est dite *primitive* lorsque les règles ne se sont jamais montrées ; elle est *secondaire* lorsqu'elle est constituée par la suppression du flux menstruel ayant déjà existé.

Etiologie. — L'aménorrhée est généralement symtomatique d'un grand nombre d'affections constitutionnelles. Parmi celles-ci, la chlorose doit figurer au premier rang. Viennent ensuite la phtisie, la maladie de Bright, le cancer viscéral et, en général, toutes les affections chroniques amenant un état cachectique de l'économie.

L'aménorrhée permanente est souvent la conséquence d'un manque de développement de l'utérus et des ovaires ou même de l'absence de ces organes. Elle peut encore résulter d'une oblitération du canal cervical de l'utérus ; dans ces cas, l'augmentation du volume de l'abdomen et d'autres symptômes indiquent la rétention du sang dans la cavité utérine (voy. *Atrésie*).

L'aménorrhée accidentelle peut résulter d'une émotion vive ou de l'impression subie pendant la période menstruelle. Ce sont là des faits extrêmements fréquents qui retentissent plus ou moins sur l'économie

et auxquelles les femmes attachent une grande importance. Le plus souvent, la suppression des règles survenant dans ces conditions, n'entraîne pas à des désordres graves et tout rentre dans l'ordre à la prochaine menstruation. Il n'est cependant pas rare de voir la suppression brusque des règles donner lieu à des symptômes nerveux et des désordres inquiétants qui peuvent encore être aggravés par les erreurs de diagnostic qu'ils entraînent.

En somme, tant que la suppression des règles ne donne lieu à aucun signe physique, elle n'a pas de gravité et n'a d'autre inconvénient que de rendre la femme impropre à la fécondation.

Traitement. — Il faut d'abord débarrasser la thérapeutique de la plupart des médicaments dits *emménagogues* et dont l'action est plus nuisible qu'utile.

On étudiera et on traitera l'affection dont l'aménorrhée est symptomatique. En général, c'est l'anémie, la diathèse ou la misère physiologique qu'il faut combattre. On emploiera donc la médication martiale et tonique et on s'occupera surtout du traitement hygiénique. Bonne nourriture, gymnastique, bains de mer, eaux ferrugineuses et sulfureuses, voyages, séjour à la campagne, etc.

Comme médication spéciale, nous conseillons les applications chaudes sur l'hypogastre, les alcooliques, les stimulants diffusibles, les pédiluves chauds, les sinapismes appliqués sur les cuisses et l'abdomen, etc. Ce traitement doit être appliqué pendant trois ou quatre jours, au moment où les règles sont attendues.

Si tous ces moyens échouent, on pourra essayer avec prudence quelques excitants appliqués dans la cavité utérine. Le pessaire gal-

Fig. 479. — Pessaire galvanique de Simpson intra-utérin.

vanique de Simpson (fig. 479) est utile à la condition d'être bien supporté et d'être employé pendant un certain temps.

Je me suis bien trouvé lorsque l'aménorrhée est due à l'infantilisme, à un manque de développement de l'utérus de l'emploi régulier du cathéter; lorsque l'organe admet facilement la pénétration de l'hystéromètre, je laisse séjourner pendant quelque temps un pessaire intra-

utérin. Les figures 480 à 485 indiquent les différentes formes qu'on peu employer ; le pessaire galvanique (fig. 484) peut rendre des services. Quelque soit l'instrument employé, il ne devra être laissé en place que quelques jours.

Les courants faradiques appliqués sur l'utérus même ont été con-

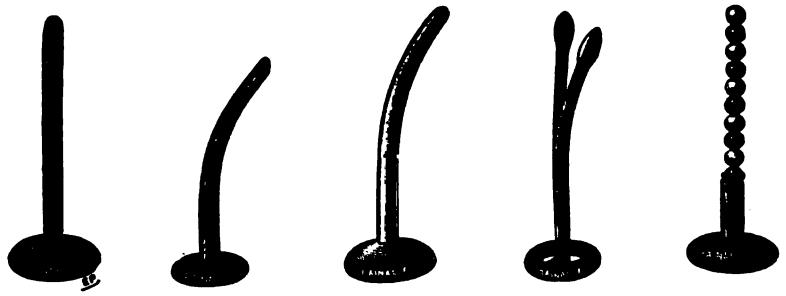


Fig. 480, 481, 482, 483 et 484. — Stylets intra-utérins à tuteurs. La figure 484 représente un pessaire galvanique intra-utérin.

seillés et méritent un essai. La dilation du col à l'aide de la laminaire donne parfois de bons résultats.

Les purgatifs drastiques peuvent avoir quelque utilité ; ils agissent par la fluxion qu'ils déterminent dans les organes pelviens et par les contractions expultrices qu'ils peuvent faire naître dans l'utérus. Cette action est cependant fort douteuse.

La rue, le safran, l'armoise, la sabine, généralement employés, ne nous inspirent aucune confiance.

Recommandons en terminant à nos jeunes confrères d'être sur leurs gardes, chaque fois qu'une femme vient demander des conseils pour une aménorrhée accidentelle. Dans un grand nombre de cas, il

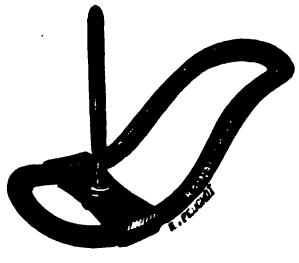


Fig. 485. — Pessaire intra-utérin de Studley pour l'aménorrhée.

s'agit d'un retard physiologique dont la cause est bien connue de la patiente et qu'elle aurait intérêt à faire disparaître.

§ 2. — Métrorrhagie.

Sous ce nom, nous entendons une exagération de la menstruation. Les autres pertes sanguines subies par les femmes et que nous désignons sous le nom d'*hémorragies utérines*, ne sont que des symptômes et sont étudiés en même temps que les affections qui les occasionnent.

La métrorrhagie est rare comme affection idiopathique. Cependant on observe fréquemment chez des femmes saines une abondance et une prolongation des règles qui, sans être considérées comme un état morbide, méritent cependant d'appeler l'attention et d'être traitées.

Les hémorragies utérines constituent un symptôme fréquent et important des affections suivantes ;

Carcinome de l'utérus :
Tumeurs fibreuses ;
Polypes utérins;
Métrite aiguë et chronique;
Déplacements de l'utérus ;
Hématocèle ;
Affections de l'ovaire ;
Affections de la trompe et des ligaments larges.

L'hémorragie utérine peut être en outre accidentelle et non symptomatique. Elle reconnaît alors pour causes :

Le cathétérisme utérin ;
Les cautérisations intra-utérines ;
Les traumatismes ;
Les fatigues ou les marches prolongées ;
Les excès de coït.

Nous n'avons pas à parler ici du diagnostic de la métrorrhagie et des hémorragies utérines. Il importe cependant de bien s'assurer si le sang vient de l'utérus, du vagin, de la vulve ou de la vessie. Comme l'écoulement sanguin augmente toujours pendant la miction, ce qui tient au grand écartement des cuisses, les femmes croient qu'elles pissent du sang et le disent à leur médecin. Il ne faut donc pas s'en rapporter au dire des malades et ne poser son diagnostic qu'après un examen local complet, qui permettra très facilement de connaître la source de l'hémorragie.

Traitement. — L'ergot de seigle ou l'ergotine, à la dose de 1 à 4 grammes, l'eau de Rabel, l'hydrastis canadensis, la quinine à haute

dose, le bromure de potassium (2 à 4 grammes) constituent la médication interne. En somme l'ergot et l'ergotine sont les seuls médicaments dont l'efficacité soit incontestable.

Les *injections sous-cutanées d'ergotine* (30 centigrammes pour 3 grammes d'eau) agissent bien et assez rapidement.

Les *applications froides* (glace, compresses glacées), faites sur le ventre et dans le vagin, réussissent, mais il faut les continuer longtemps afin d'éviter la réaction qui peut amener le retour de l'hémorragie. On peut encore employer des injections vaginales et des lavements froids.

Les *applications chaudes* ont été conseillées et semblent donner d'aussi bons résultats que le froid. Courty a préconisé les injections vaginales très chaudes (40 à 55°) ; Tarnier, les bains chauds prolongés ; Chapman applique sur la région lombaire un sac de caoutchouc rempli d'eau très chaude. Nous considérons l'emploi des injections très chaudes comme un bon moyen hémostatique.

Enfin, lorsque ces procédés échouent, il faut recourir au *tamponnement*. Pour être efficace, cette opération doit être faite avec le spéculum. Après avoir débarrassé le vagin des caillots qu'il contient, on applique sur le col un tampon légèrement imbibé de perchlorure de fer ou de toute autre substance hémostatique (hamamelis, etc.). Il est préférable d'employer de la ouate ou de la gaze iodoformée, si on en a à sa disposition.

Le tamponnement doit être renouvelé au bout de vingt-quatre heures, puis on remplit le vagin de tampons munis d'un fil en ayant soin de garnir les culs-de-sac. Il faut également s'assurer que la femme peut uriner et la sonder s'il y a lieu.

En cas d'hémorragie foudroyante on peut tamponner provisoirement avec un mouchoir, un foulard ou une serviette. On arrive parfois à faire cesser l'hémorragie en appliquant une poudre inerte : bismuth, craie, cendre, etc.

Nous avons donné la technique du tamponnement à la page 120.

Il faut ensuite rechercher les causes qui entretiennent l'hémorragie et les traiter d'après les règles exposées dans les autres parties de cet ouvrage.

Le *curetage* guérit souvent la métrorrhagie en modifiant la muqueuse utérine et en la débarrassant des fongosités qui entretiennent la perte sanguine.

§ 3. — Dysménorrhée, atrésie et sténose cervicales.

La dysménorrhée consiste dans une menstruation difficile et douloureuse ou plutôt dans une exagération des douleurs qui accompagnent habituellement cette fonction.

Les auteurs ont admis un très grand nombre de variétés de dysménorrhées; nous dirons même qu'ils ont abusé de la classification. C'est ainsi qu'on a admis une dysménorrhée *névralgique*, *congestive*, *inflammatoire*, *ovarienne*, *membraneuse*, *obstructive*, etc.

Nous croyons qu'on peut simplifier. En premier lieu nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de consacrer un article spécial à la dysménorrhée névralgique, qui est toujours symptomatique d'un état inflammatoire de l'utérus. D'un autre côté, la dysménorrhée congestive et la dysménorrhée membraneuse nous paraissent pouvoir rentrer dans une même variété. En effet, les accidents inflammatoires aigus qui accompagnent la menstruation sont presque toujours suivis de la formation d'un exsudat qui peut, à un moment donné, être expulsé.

Nous décrirons donc simplement deux formes de dysménorrhée : la dysménorrhée *membraneuse* et la dysménorrhée *obstructive*.

A. **Dysménorrhée membraneuse.** — Elle consiste dans l'expulsion, à chaque époque menstruelle, d'une matière organisée présentant les caractères anatomiques de la muqueuse utérine.

Oldham, Virchow, Aveling et G. Thomas sont les premiers auteurs qui aient expliqué, d'une manière satisfaisante, la cause de cette affection dont Labadie-Lagrave a donné une excellente étude.

A une certaine époque, pendant la période intermenstruelle, la membrane muqueuse se détache en totalité de l'utérus pour être éliminée à la première crise de dysménorrhée, c'est-à-dire à la prochaine menstruation. D'après Virchow et Aveling, il se forme, dans l'utérus, une membrane décidue, semblable à celle qu'on observe dans la grossesse et qu'on a justement désignée sous le nom de *décidue menstruelle*.

Simpson a émis l'opinion que la membrane décidue se formait normalement dans l'utérus, mais que son expulsion fréquente et douloureuse constituait seule le phénomène morbide. C'est cette hypothèse qui me semble la plus rationnelle. Quoi qu'il en soit, on peut dire que la dysménorrhée membraneuse consiste essentiellement dans la formation d'une membrane qui se détache graduellement pendant la

période intermenstruelle et est expulsée en totalité ou par fragments, soit au moment des règles, soit à une époque intermenstruelle.

Considérée à l'œil nu et lorsqu'elle est expulsée en totalité, la décidue menstruelle présente une forme triangulaire et est munie de trois orifices, deux supérieurs et un inférieur. Il m'est arrivé souvent de constater, sur la paroi externe, des perforations petites et membraneuses qui correspondent aux ouvertures des follicules utriculaires.

L'*étiologie* de cette affection ayant donné lieu à de vives controverses, je crois utile de résumer les opinions qui ont été émises jusqu'à ce jour par les autorités les plus compétentes. On admet généralement aujourd'hui que l'affection est due à une exfoliation de la totalité de la muqueuse utérine, occasionnée par la congestion et l'inflammation. Scanzoni explique l'exfoliation « par une hypérémie considérable de la membrane muqueuse ». Cette opinion a été acceptée par Courty, Hegar, Eigenbrodt et autres. Ces deux derniers auteurs ont même proposé de désigner l'affection sous le nom de *dysménorrhée apoplectique*, qui me paraît fort approprié.

Enfin, quelques auteurs ont attribué à la membrane dysménorrhéique une origine déciduale et l'ont considérée comme étant le résultat inévitable de la conception. Cette opinion, soutenue par Raciborsky et Coste, est certainement fort contestable ; j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette affection chez des vierges.

Mon expérience personnelle ne me permet pas non plus d'admettre l'endométrite dans l'étiologie de la dysménorrhée membraneuse. Non seulement je l'ai observé chez des vierges, ainsi que je viens de le dire, mais l'examen des cas empruntés à la littérature médicale m'a amené à considérer l'endométrite comme le résultat et non comme la cause de la dysménorrhée.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours facile. Dans beaucoup de cas la dysménorrhée a été confondue avec les avortements se montrant au début de la grossesse, avec les caillots sanguins et les excrétions fibrineuses montées dans la cavité utérine, avec l'exfoliation de la muqueuse vaginale.

La fréquente répétition de l'affection, sa périodicité et l'absence des signes de la grossesse permettent de la distinguer de l'avortement.

Les caillots sanguins se reconnaissent facilement au microscope et ne présentent aucun des caractères de la muqueuse utérine.

On reconnaît également par le microscope les concrétions fibri-

neuses et les exfoliations vaginales résultant de l'affection désignée par Tyler Smith sous le nom de vaginite épithéliale.

Dans les cas que j'ai observés, les malades accusaient au commencement de l'époque menstruelle, une douleur persistante qui présentait le caractère expulsif qu'on observe dans l'avortement. Ces douleurs augmentaient graduellement et ne cessaient qu'après l'expulsion de la membrane. Cette expulsion avait lieu généralement vers le milieu de la période menstruelle. Elle était suivie le plus souvent d'une métrorrhagie peu abondante et d'un écoulement muqueux et sanguinolent.

Pronostic. — Le pronostic qui est donné par les auteurs comme étant généralement défavorable ne me paraît pas cependant aussi grave. Dans un cas, la maladie, qui durait depuis dix ans et qui avait résisté à tout traitement, a cessé spontanément et alors qu'on s'y attendait le moins. Dans un autre, observé chez une jeune fille, l'exfoliation a cessé au bout d'un an. Enfin, dans un autre cas, l'expulsion de la membrane n'avait lieu que tous les trois ou quatre mois, et l'existence de la maladie était parfaitement supportable. Il n'en est pas moins vrai que la dysménorrhée membraneuse résiste le plus souvent au traitement qu'on lui oppose et qu'elle entraîne souvent la stérilité ; la grossesse est cependant possible, des exemples de grossesse ont été rapportés par Tyler Smith et d'Outrepont.

Traitement. — Lorsque l'étiologie et la pathogénie d'une affection sont inconnues, le traitement est presque toujours varié, contradictoire et énergique. Le manque de connaissance de la maladie conduit rarement à un traitement expectant ; c'est le cas pour la dysménorrhée.

Il faut d'abord combattre l'élément douleur. On emploiera pour cela, pendant les règles, des injections sous-cutanées de morphine ou des suppositoires au beurre de cacao contenant 1 à 3 centigrammes d'extrait thébaïque.

Quant au traitement curatif il présente plus de difficultés. L'affection s'observant souvent chez des vierges, le traitement local est souvent repoussé par les familles, à tort selon moi, surtout lorsque les douleurs sont excessives. J'ai essayé sans succès toutes les variétés de cautérisation intra-utérines ; ces insuccès étaient dus, à mon avis, à l'absence de dilatation préalable.

C'est donc par le traitement local qu'on guérira la dysménorrhée et il ne faut pas hésiter à le proposer dans les cas graves, même chez les

vierges. Celui-ci consiste dans la *dilatation préalable* et le *curetage* pratiqués sous l'anesthésie. Cette intervention est d'autant plus indiquée, que cette affection entraîne le plus souvent la stérilité et la vierge qui aura subi ce traitement sera non seulement soulagée par l'opération, mais placée dans de meilleures conditions pour le mariage. J'ai appliqué le curetage avec succès dans 11 cas de dysménorrhée membraneuse sur 15 interventions.

En somme, les quelques cas que j'ai étudiés, ainsi que les observations que j'ai dépouillées chez les auteurs, me permettent de résumer ainsi la pathologie de cette affection.

1° La dysménorrhée membraneuse est constituée par une exfoliation de la muqueuse utérine hypertrophiée ;

2° L'expulsion de la muqueuse n'a pas lieu à chaque époque mens-

. 486 et 487. — Orifice normal et orifice en *trou d'aiguille*, vus au spéculum (Schrœder).

truelle ; il existe souvent plusieurs mois d'intervalle entre chaque crise ;

3° Cette affection, assez fréquente chez les vierges, n'est pas le résultat de la conception ;

4° Elle entraîne presque toujours la stérilité.

B. **Dysménorrhée obstructive. Sténose cervicale.** — Elle existe chaque fois qu'un obstacle s'oppose à la libre issue du sang menstruel.

Ses causes principales sont la stricture congénitale ou acquise du canal cervical, l'étroitesse de l'orifice (l'orifice en trou d'aiguille, fig. 487), la conicité du col (fig. 488), la flexion ou la version de l'utérus, les tumeurs intra-utérines. A ces causes provenant de l'utérus, il faut ajouter celles provenant de la vulve et du vagin et qui n'ont qu'une importance secondaire : tels sont les rétrécissements du vagin et l'occlusion de la vulve par une membrane hymen imperforée.

Le rétrécissement du canal cervical et de l'orifice du col jouant un

rôle important dans l'étiologie de la dysménorrhée obstructive et de la stérilité qui en est presque toujours la conséquence, nous allons nous occuper spécialement de cette particularité à laquelle plusieurs auteurs ont consacré des chapitres spéciaux sous les noms d'*atrésie*, *sténose utérine*, *stricture cervicale*, etc.

Simpson et un grand nombre de gynécologistes ont cru que l'orifice interne de l'utérus était toujours le siège du rétrécissement. Mais les recherches très précises de Barnes ont démontré que l'isthme de

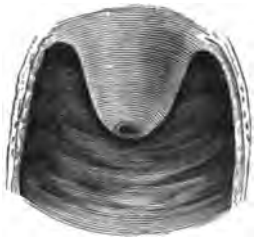


Fig. 488. — Portion vaginale du col en forme de cône.

l'utérus non fléchi avait un calibre toujours égal et ne pouvant admettre que la sonde utérine. C'est donc plutôt dans le canal cervical lui-même et au niveau de l'orifice externe qu'il faut chercher le siège de l'obstacle et du rétrécissement.

Quel est le meilleur traitement à opposer au rétrécissement cervical et par suite à la dysménorrhée obstructive ? C'est là une question importante et qui a soulevé de vives discussions. Quelques gynécologistes ont proposé la dilatation par les moyens sanglants ; d'autres ont voulu se limiter à la dilatation par l'éponge préparée et la laminaire.

Quoique partisan de ces derniers procédés, nous pensons cependant que la réaction qui s'est élevée dans ces dernières années contre les opérations sanglantes pratiquées sur le col utérin a été exagérée. Sans doute l'amputation du col conoïde, l'incision bicervicale de Sims sont des procédés opératoires sérieux ; mais l'expérience de tous les jours montre que la dilatation du col par l'éponge et la laminaire ne sont pas sans inconvénient et que les moyens, en apparence inoffensifs, peuvent eux-mêmes donner lieu à des symptômes inflammatoires.

Nous croyons donc que l'incision des orifices soit par l'hystérotome, soit par les ciseaux de Küchenmeister, peut rendre de réels services dans la stricture cervicale. Il est utile, dans la grande majorité des cas, de maintenir le résultat obtenu par l'incision en introduisant une

tige de laminaire ou une éponge préparée aussitôt après l'opération. Ce procédé présente en outre l'avantage de s'opposer aux hémorragies.

Le véritable traitement de l'atrésie et de la sténose du col est donc essentiellement opératoire. Comme il s'applique également à la stérilité, conséquence naturelle de l'atrésie cervicale, nous décrirons les procédés de traitement un peu plus loin (voy. *Stérilité, Traitement de l'atrésie utérine*).

On trouvera également plus loin la description des procédés opératoires employés par Sims dans le traitement de la stérilité produite par la conicité du col.

Les flexions et les versions qui sont également une cause fréquente de stérilité et de dysménorrhée obstructive seront recherchées et traitées par les procédés que nous avons indiqués plus haut.

III. — Troubles de la conception

Sous ce nom nous étudierons la Stérilité, affection qui s'oppose à la conception, et l'avortement, affection qui s'oppose à la maturité de l'œuf conçu. Nous donnerons quelques développements à la première et nous ne ferons que signaler la seconde qui est du ressort de l'obstétrique.

§ 1. — Stérilité.

Pour bien comprendre la pathologie de la stérilité, il faut bien con-

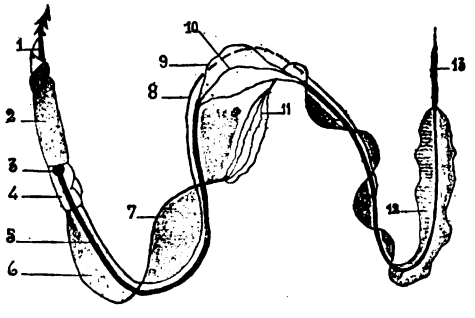


Fig. 489. — Schéma montrant la structure des spermatozoïdes (Bohm et Davidoff).

1, pointe; 2, segment céphalique; 3, granule basal; 4, segment intermédiaire; 5, filament axial; 6, membrane ondulante; 7, filament d'enveloppe; 8, filament latéral; 9, 10, fibrilles du filament axial; 11, fibrilles du filament d'enveloppe; 12, membranes; 13, pointe terminale.

naître la physiologie de la conception. Dans l'acte du coït, le pénis introduit dans le vagin projette contre le col utérin un liquide conte-

nant en suspension un grand nombre de cellules vibratiles douées de mouvements. La masse de ce liquide est répandue dans le vagin, mais un certain nombre des cils qu'il contient pénètrent dans l'utérus et parfois jusque dans l'ovaire, par l'intermédiaire des trompes de Fallope. Lorsqu'un de ces cils rencontre un ovule, l'imprégnation a lieu dans l'utérus, les trompes ou les ovaires. Le processus ultérieur de la conception ne nous intéresse plus, en ce qui concerne l'étude de la stérilité.

Ces faits étant connus, il devient évident que des causes très variées peuvent intervenir dans l'accomplissement de cette délicate fonction. Pour que cet accomplissement ait lieu régulièrement, plusieurs conditions sont nécessaires. Il faut d'abord que les spermatozoïdes existent et soient sains.

On ne peut traiter les nombreuses questions se rattachant à la stérilité sans parler des spermatozoïdes dont la structure intime doit

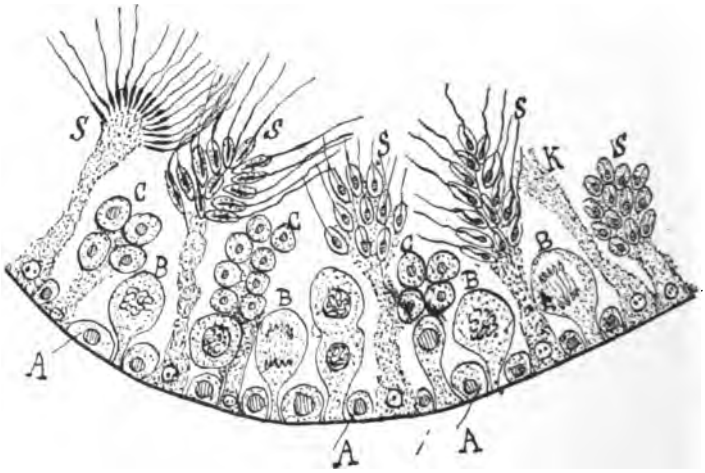


Fig. 490. — Schéma représentant des cellules des tubes séminifères (Duval).
A, A, A, cellules pariétales; B, B, cellules de Henle;
C, C, cellules de Kolliker; S, S, S, cellules de Sertoli; K, cellule de Sertoli décapitée.

être connue du gynécologue qui ne doit jamais commencer leur traitement spécial sur une femme inféconde sans avoir au préalable examiné le fluide séminal du fécondateur. Les figures 489, 490 et 491 montrent la structure et le développement des spermatozoïdes ainsi que des tubes seminifères.

Une fois le spermatozoïde sain obtenu il faut en outre, pour que la fécondation ait lieu, que :

1° Le fluide séminal puisse pénétrer dans l'utérus;

2° Qu'un ovule sain puisse être produit;

3° Que l'ovule puisse pénétrer dans l'utérus;

4° Qu'aucune influence ne vienne détruire dans l'utérus la vitalité du fluide fécondant et empêcher l'œuf de se fixer sur les parois de cet organe.

Lorsque ces quatre conditions existent, la femme n'est pas stérile. Elle peut ne pas avoir d'enfants, mais l'incapacité tiendra du mari et non d'elle-même. Elle peut encore, après avoir conçu, avoir des avortements répétés qui sont souvent pris pour des métrorrhagies.

On peut classer de la façon suivante, les causes de la stérilité :

1° *Causes s'opposant à l'entrée du sperme dans l'utérus :*

Absence d'utérus ou de vagin;
Imperforation de l'hymen;
Vaginisme;
Atrésie du vagin;
Occlusion du canal cervical;
Forme conoïde du col;
Polypes et fibromes;
Déplacement de l'utérus;
Profondeur anormale des culs-de-sac donnant lieu à la disposition désignée sous le nom de *fausse route vaginale.*
Rétrécissement de l'orifice interne du col.

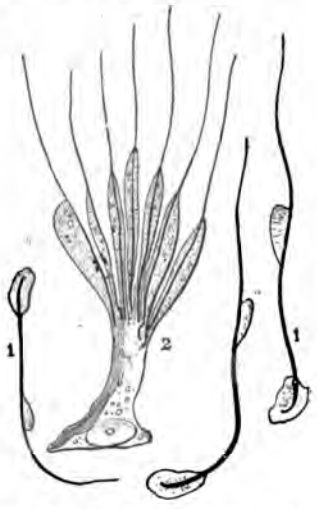


Fig. 491. — Développement des spermatozoïdes (Berdal).
1, 1, spermatozoïdes libres; 2, cellule à pied avec sa gerbe de spermatozoïdes.

2° *Causes s'opposant à la formation d'un ovule sain :*

Ovarite chronique;
Dégénérescence kystique des ovaires;
Cellulite et péritonite; adhérences qui en résultent;
Absence des ovaires;

3° *Causes s'opposant au passage de l'ovule dans l'utérus :*

Rétrécissement ou oblitération des trompes; adhérences;
Absence des trompes de Fallope;
Déplacement des trompes de Fallope.

4° *Causes détruisant la vitalité du sperme ou s'opposant à la fixation de l'œuf dans les parois utérines.*

Endométrite du corps ou du col;
Dysménorrhée membraneuse;
Ménorrhagie ou métrorrhagie;
Tumeurs diverses;
Rétrécissement du canal cervical et atrésie utérine.

Le mode d'action de la plupart de ces causes est tellement évident qu'il est à peine nécessaire d'entrer dans quelques explications pour la plupart d'entre elles.

Sims a appelé l'attention sur le col conoïde forme anormale du museau de tanche qui s'oppose à la conception. Il est en effet évident

Fig. 492. — Spermatozoïdes (Berdal).

que, lorsque le col est trop long et se replie sur lui-même, il apporte un obstacle à l'entrée du sperme dans l'utérus; mais tous les gynécologues ont observé que la disposition conoïde coïncide souvent avec la stérilité. Les figures 496 et 497 représentent différentes variétés de cols coniques.

La dysménorrhée obstructive et l'atrésie utérine sont souvent déterminées par un léger degré d'allongement dans lequel le col prend cette disposition décrite sous le nom de *col conoïde*.

Les cicatrices vicieuses, suites de cautérisations, les brides résultant de grossesse pendant l'accouchement, des tensions de tissus provenant de la même cause, entraînent souvent la stérilité.

L'endométrite, qu'elle occupe le col ou le corps, emplit la cavité utérine d'un mucus tenace et épais qui s'oppose à l'entrée du sperme et détruit sa vitalité.

Les flexions de l'utérus, qui replient le col sur lui-même, et les versions qui le pressent contre une des parois vaginales, s'opposent également à l'entrée du sperme dans l'utérus, en obstruant plus ou moins complètement l'orifice; mais c'est surtout l'*antéflexion* qui détermine la stérilité.

L'oblitération et le déplacement des trompes qui résultent le plus souvent d'une pelvipéritonite, entraînent presque toujours la stérilité

incurable. La péritonite détermine, en effet, un épanchement de lymphe qui peut obturer ou déplacer les trompes de Fallope.

La dysménorrhée membraneuse, ou plutôt l'exfoliation de la

Fig. 493. — Orifice en trou d'aiguille avec légère érosion (Balls). Disposition fréquente chez les nullipares.

muqueuse utérine qui caractérise cette affection, altère les parois de l'organe au point de les rendre incapables de retenir l'œuf.

La ménorrhagie et la métrorrhagie peuvent entraîner l'œuf après l'imprégnation ou avant sa fixation. La menstruation normale a lieu

Fig. 494. — Col utérin normal.

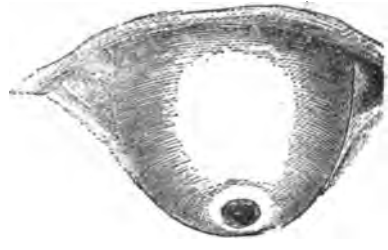


Fig. 495. — Col utérin légèrement allongé.

avant la pénétration de l'ovule dans l'utérus; si elle est prolongée et excessive, elle peut entraîner l'ovule de la même façon que la métrorrhagie peut entraîner l'œuf fécondé. Il n'y a pas alors avortement, parce que, si l'imprégnation avait eu lieu, il n'en était pas de même de la conception.

Les tumeurs de nature diverse qui emplissent la cavité utérine : fibromes, polypes, môles, etc., peuvent s'opposer à la fixation de l'œuf dans l'utérus et empêcher la conception lorsque l'imprégnation a eu lieu.

Quoiqu'il soit impossible de démontrer d'une façon positive que l'ovarite chronique exerce une influence désastreuse sur l'ovule, l'expérience permet de considérer ce fait comme à peu près certain. On

peut en dire autant de la péritonite pelvienne, de la cellulite et des affections kystiques.

Traitement. — Le traitement consiste évidemment à faire disparaître les causes. Parmi celles-ci, les unes sont incurables, les autres

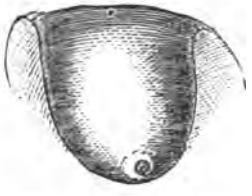


Fig. 496. — Col utérin conoïde.

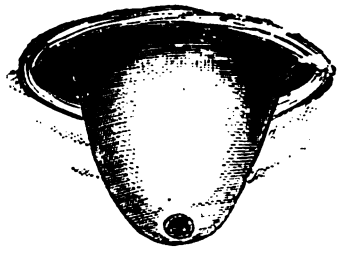


Fig. 497. — Autre variété de col conoïde.

justiciables d'un traitement. C'est ainsi qu'on appliquera un traitement approprié au vaginisme, à l'atrésie vaginale ou utérine, etc.

Dans l'allongement conoïde, Sims a conseillé soit l'amputation par-

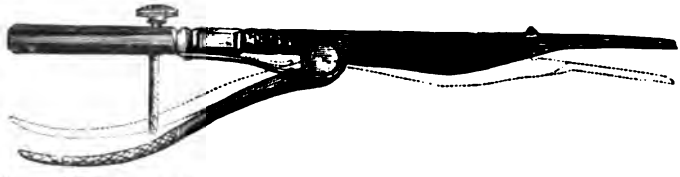


Fig. 498. — Métrotome de James Simpson. La ligne ponctuée représente la lame quand l'instrument fonctionne.

tielle du col, soit l'incision bilatérale; mais il faut toujours essayer la dilatation avant d'avoir recours aux procédés chirurgicaux.

L'*amputation du col* a été décrite page 461.

L'*incision bilatérale* a été fort employée autrefois; elle nous a donné de bons résultats. Elle est souvent désignée sous le nom *d'opération de Sims*. Voici comment le chirurgien américain en a donné la technique.

Stérilité. — Opération de Sims. — La femme étant placée dans le décubitus et le speculum de Sims introduit, le chirurgien saisit la lèvre antérieure du col avec une pince-tenaculum et la maintient fermement. Il introduit ensuite une des lames d'une paire de ciseaux dans le canal cervical assez profondément pour que l'autre lame vienne presque toucher le point d'insertion du vagin sur le col, et il divise ainsi d'un seul coup la portion embrassée entre les deux branches des ciseaux. On pratique de la même façon la section du côté opposé.

Pendant que l'utérus est encore fixé par la pince-tenaculum, on étanche le sang avec une éponge et on passe ensuite le bistouri emmanché sur un angle convenable pour diviser de chaque côté la portion des tissus que les ciseaux ont épargnée par en haut vers la cavité utérine.

Dans des cas où il existe une rétroflexion prononcée à laquelle on attribue la stérilité et la dysménorrhée, Sims incisant la partie postérieure du col de façon à enlever une portion des tissus et à élargir le canal. Cette opération diffère de la précédente en ce sens que l'incision porte sur une plus grande étendue du col. C'est une sorte d'amputation partielle.

Traitement de l'atrésie utérine. — Le traitement de l'atrésie utérine et de la sténose du col est essentiellement opératoire. On peut

Fig. 499. — Aspect du col après l'opération de Sims.

diviser ce traitement en deux parties : 1° la *dilatation ;* 2° la *discision.*

1° La *dilatation* s'obtient soit avec des tiges dilatatrices augmentant graduellement de volume, soit avec des instruments. Nous avons longuement décrit dans la première partie de cet ouvrage, les procédés de dilatation graduelle (voy. *Tentes, Laminaires, Tupelo,* etc., p. 85).

Traitement de la sténose par la discision. — La discision se pratique avec le métrotome à lame cachée de Simpson (fig. 498), ou,

plus simplement, avec le bistouri ordinaire ou des ciseaux coudés (fig. 500). Kuchenmeister a proposé des ciseaux spéciaux dont une

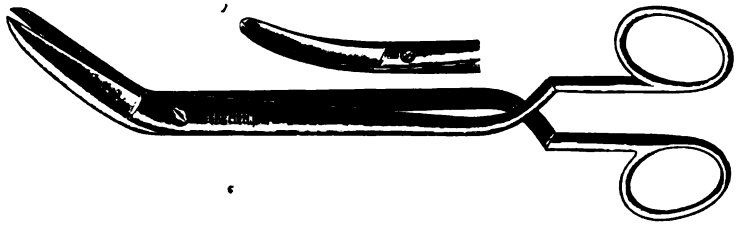


Fig. 500. — Ciseaux coudés pour inciser le col.

des pointes est disposée de façon à pénétrer facilement dans le col (fig. 501).

Quel que soit l'instrument employé, il faut au préalable obtenir un

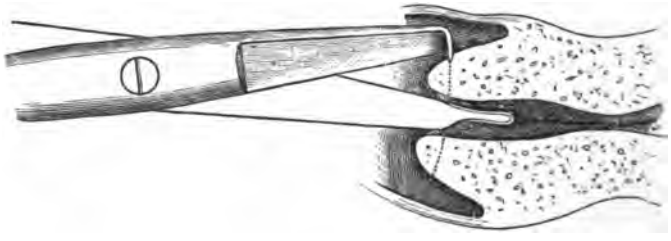


Fig. 501. — Discision du col avec les ciseaux de Kuchenmeister.

degré de dilatation suffisant pour introduire soit le métrotome, soit la pointe des ciseaux de Kuchenmeister. On introduira d'abord une tige de laminaire en se conformant aux instructions que nous avons données à propos de la dilatation.

Le métrotome est double ou simple (fig. 498). Lorsqu'il faut inciser largement, il faut choisir un métrotome double.

Le *manuel opératoire* est fort simple; il consiste à introduire la tige à la profondeur voulue (de 2 à 3 centimètres) et à faire saillir la lame en retirant l'instrument. L'aspect de l'incision faite avec le métrotome double est représenté dans la figure 502.

On a critiqué le métrotome à lame cachée. Cet instrument, a-t-on dit, coupe brutalement les tissus. L'habileté manuelle de l'opérateur est remplacée par l'action mécanique de l'instrument. On peut produire des désordres étendus et même pénétrer dans le péritoine. On expose les malades aux accidents septiques.

Tels sont les reproches adressés au métrotome. Nous ne les

croyons pas fondés, avec cette restriction toutefois, que *cet instrument ne doit être employé que pour faire disparaître la sténose de l'orifice externe*. On a construit des métrotomes dont la gaine allongée permettait de pénétrer au delà de l'orifice interne et d'en pratiquer la section. Un tel instrument peut être dangereux, et doit être proscrit.

La *discision* avec des ciseaux ne présente aucune particularité spéciale. Nous avons dit que les ciseaux de Kuchenmeister présentaient cet avantage que le crochet de la lame externe saisissait le col et s'opposait à son glissement après la section.

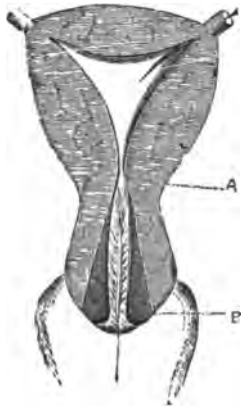


Fig. 502. — Incision faite avec le métrotome.

A, orifice interne ; la partie ombrée en B représente l'étendue de l'incision.

Soins consécutifs. — Quel que soit l'instrument employé pour pratiquer la discision, la malade doit être l'objet de soins consécutifs qui présentent quelque importance.

Aussitôt après l'incision, nous conseillons de pratiquer le tamponnement de la cavité incisée avec de petits tampons iodoformés qu'on laisse en place vingt-quatre ou quarante-huit heures. Marion Sims a conseillé d'appliquer un petit tube de verre dans la cavité cervicale (fig. 503).

Traitement opératoire des fausses routes vaginales. — Tous les auteurs ont remarqué chez les femmes stériles une modification des culs-de-sac qui sont généralement très profonds et constituent une sorte de vagin accessoire dans lequel pénètre le membre viril.

Cette disposition spéciale, désignée par Pajot sous le nom de *fausse route vaginale* est extrêmement fréquente chez les femmes stériles ; je l'ai notée quatre-vingt-neuf fois sur cent femmes soumises à mon examen. Elle siège neuf fois sur dix dans le cul-de-sac postérieur et coïncide presque toujours avec une antéflexion très prononcée.

Cette malformation ne fait qu'augmenter avec le temps à la suite des rapports sexuels frustes ; le membre viril pénètre dans ce vagin artificiel qui devient de plus en plus profond.

Le traitement de cette disposition est essentiellement chirurgical et consiste dans la *colporrhaphie postérieure*.

Nous avons décrit (p. 431) les différentes variétés de colporrhaphies appliquées à la rectocèle et au prolapsus vaginal.

Appliquée au traitement de la stérilité la colporrhaphie doit subir

d'importantes modifications. Pour réduire le cul-de-sac postérieur on fera l'avivement dans la partie supérieure et postérieure du vagin.

Fig. 503. — Tube dilatateur en verre de Sims, pour maintenir la dilatation, après la discision.

M. Doléris a fort bien décrit le manuel opératoire des colporrhaphies appliquées au traitement de la stérilité ; voici sa technique opératoire :

1° *Colporrhaphie præcervicale.* — La surface d'avivement affecte une forme triangulaire et la base du triangle répond à l'angle de réflexion du vagin sur le col. Cette base est transversale et doit mesurer de 5 à 6 centimètres.

Les côtés latéraux du triangle ont une longueur équivalente et le sommet aboutit en un point de la colonne antérieure du vagin répondant à peu près à la portion moyenne, suivant le degré de cystocèle existante. De toute façon la partie affaiblie et flottante de la paroi vésico-vaginale est occupée par le triangle d'avivement.

Fig. 504. — Fausse route vaginale ; cul-de-sac postérieur.

Les sutures doivent être placées d'une façon toute spéciale. La plaie ayant presque la forme d'une étoile à trois branches, les côtés de chacune des branches doivent être suturés deux à deux, de sorte qu'une fois l'affrontement terminé, il existe trois lignes de sutures dessinant alors effectivement une véritable étoile à trois branches linéaires : le centre de l'étoile est assujetti par une suture circulaire, c'est-à-dire que le fil traverse la crête de trois lignes de sutures et circonscrit le centre à quelques millimètres de distance, on serre ce fil qui affronte exactement le centre de l'étoile à la façon des cordons d'une bourse.

2° *Colporrhaphie rétro-cervicale.* — Cette opération, destinée à réduire la fausse route vaginale (de beaucoup la plus fréquente) se

[1] *La Gynécologie*, septembre 1899. Lefèvre. Une forme commune de stérilité féminine.

pratique de la même façon avec cette différence que l'avivement triangulaire est fait sur la paroi vaginale postérieure.

L'utérus est attiré en haut à l'aide d'une pince à griffes ; la paroi vaginale postérieure est étalée en introduisant un ou deux doigts dans le rectum ; l'avivement aura la forme d'un triangle dont la base sera adossée au col utérin et la pointe tournée vers l'anus.

Voici, d'après Doléris, les avantages que présente la colporrhaphie rétro-cervicale appliquée à la stérilité :

« Diminution du cul-de-sac postérieur. Le fornix vaginal deviendra moins ample. Les fausses routes disparaîtront et le vagin recalibré aura une disposition favorable à la conception en ce que, rétréci à sa terminaison, il engainera étroitement le col utérin ;

« Le col utérin sera rapproché du sacrum. Cette opération aide ainsi, pour sa part, à la guérison de l'antéflexion. La sangle créée par la colporrhaphie prœcervicale soutient en avant le corps de l'utérus, tandis que le col est tiré en arrière par suite du rétrécissement que l'on a fait subir au cul-de-sac postérieur. Il en résulte que l'utérus demeurera rectiligne avec plus de facilité. »

FÉCONDATION ARTIFICIELLE

Enfin, quand toutes les méthodes de traitement que nous venons de décrire ont échoué, on peut conseiller la fécondation artificielle. Les succès obtenus par cette opération sont très restreints, mais elle présente du moins l'avantage d'une innocuité absolue.

Ce fut un naturaliste célèbre, l'abbé Spallanzani, qui, en 1767, fit

Fig. 505. — Seringue de Roubaud.

sur la fécondation artificielle, les mémorables expériences qui illustrèrent son nom. Cet expérimentateur réussit à féconder artificiellement plusieurs mammifères, notamment une chienne.

Les premières observations de fécondation artificielle réellement authentiques, sont celles du Dr Girault. Une opération a été pratiquée avec succès par Sims, en 1866.

Mais la fécondation était resté bannie de la science et la plupart des maîtres l'avaient condamnée comme attentatoire à la pudeur, lorsque

parut le livre de Courty, dans lequel l'auteur indiquait un procédé opératoire. Le professeur Pajot lui-même, qui avait condamné la fécondation artificielle en 1867, n'a pas craint plus tard de l'appuyer de son autorité. Il la considérait comme applicable à certains cas, après que tous les autres moyens rationnels de traitement ont échoué, et a proposé pour cette opération un instrument spécial, le *fécondateur*.

Indications et contre-indications de la fécondation artificielle. — Nous nous rangeons évidemment à l'avis de Pajot, qui n'acceptait la fécondation artificielle que lorsque toutes les autres méthodes rationnelles de traitement ont échoué. C'est là un point fondamen-

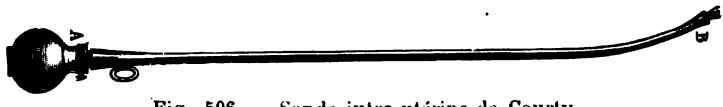


Fig. 506. — Sonde intra-utérine de Courty.

tal. Mais on peut se demander cependant s'il ne convient pas d'essayer la fécondation artificielle, opération toujours inoffensive, avant de recourir aux mesures chirurgicales, telles que l'amputation du col, qui font toujours courir aux malades quelques risques.

Il va sans dire que la fécondation artificielle ne doit pas être pratiquée après la ménopause, ni chez les femmes atteintes d'une aménorrhée précoce et non accompagnée de la poussée inflammatoire qui indique l'existence du molimen menstruel. Elle est également contre-indiquée dans le rétrécissement du bassin, dans le cas d'atrophie de l'utérus et lorsque la stérilité reconnaît pour cause un vice de conformation irrémédiable des organes génitaux

Il est une autre contre-indication formelle, sur laquelle nous appelons toute l'attention des praticiens, c'est l'existence d'une pelvi-péritonite chronique. Non seulement l'opération aurait peu de chances de succès, car dans ces cas la stérilité est le plus souvent due à une obli-

Fig. 507. — Seringue de Braun.

tération des trompes résultant d'adhérences, mais elle pourrait encore donner lieu à des complications inflammatoires plus ou moins graves.

En somme, pour être autorisé à pratiquer la fécondation artificielle, il faut :

1° Que toutes les autres méthodes rationnelles de traitement aient échoué ;

2° Que la menstruation existe ou que des symptômes manifestes indiquent l'existence du molimen menstruel ;

3° Qu'il n'y ait aucun vice de conformation irrémédiable du bassin ou des organes génitaux s'opposant soit à la conception, soit à l'accouchement ;

4° Qu'il n'y ait chez les conjoints aucune diathèse cancéreuse ou tuberculeuse ;

5° Qu'il n'existe aucune affection inflammatoire de l'utérus et de ses annexes et du péritoine, au moment de l'opération ;

6° Que la présence des spermatozoïdes ait été constatée.

Opération. — Les recherches modernes, physiologiques et pratiques, tendent à prouver que la fécondation se fait plus souvent après la disparition et l'écoulement menstruel. Ces données doivent donc

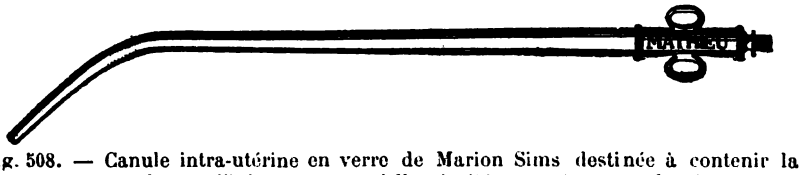


Fig. 508. — Canule intra-utérine en verre de Marion Sims destinée à contenir la liqueur séminale et à l'injecter sans qu'elle ait été en contact avec le piston de la seringue. Cette canule se monte sur toutes les seringues à injections hypodermiques.

nous conduire à pratiquer la fécondation pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'apparition des règles. Cette pratique est d'autant plus rationnelle que, si la conception n'a pas lieu et si l'écoulement menstruel se produit on est alors autorisé à renouveler la tentative de fécondation dans la semaine qui suit la cessation des règles.

Procédé de Sims. — Cet auteur fait une injection de sperme dans la cavité utérine, au moyen d'une petite seringue en verre terminée par un tube offrant une courbure analogue à celle de l'hystéromètre de Huguier (fig. 508).

La seringue, préalablement plongée dans de l'eau à 36 et 37° est maintenue à cette température jusqu'à moment de l'opération. La sonde de verre est alors introduite dans le vagin où on la laisse environ une minute de façon à la mettre en équilibre de température

avec ce conduit. Cette précaution une fois prise, on aspire le sperme préalablement déposé dans le vagin par le coït; puis l'extrémité du tube, guidée au moyen de l'indicateur gauche placé au contact du col, est introduite dans cet organe où on la fait pénètrer à environ 3 centimètres. Il ne faut pas injecter plus d'une goutte de sperme. La tige est graduée de façon à ce que l'opérateur puisse se rendre compte de la profondeur à laquelle il l'introduit et de la quantité de liquide injecté.

Procédé de Courty. — Il ne diffère du précédent que par le moyen dont on doit se procurer le sperme. « On revêtira, dit cet auteur, le membre viril d'un condom en ayant soin de ne pas en appliquer complètement le cæcum sur le gland. Le coït étant terminé, le produit de l'éjaculation reste dans le cæcum; par un coup

Fig. 509. — Seringue de Pajot.

de ciseaux donné à la baudruche, on l'en fera sortir et on le recueillera dans une seringue de verre préalablement chauffée à 40° et munie d'une sonde utérine métallique ou élastique qu'on fera ensuite pénétrer dans la cavité utérine. On prescrira à la femme le repos complet pendant une journée. »

Procédé de Pajot. — Dans ce procédé, le sperme est injecté au moyen d'un instrument spécial qu'on désigne sous le nom de *fécondateur*, et qui est formé de deux valves métalliques qui glissent l'une sur l'autre, de façon à former un tube dans lequel se meut un piston (fig. 509).

Pajot employait également un appareil très simple, qui se compose d'une simple poire de caoutchouc munie d'un tube qui permet de recueillir par aspiration le sperme dans le vagin et de l'injecter ensuite dans l'utérus (fig. 506). Je reproche à ce procédé d'introduire une trop grande quantité de sperme dans l'utérus. La seringue de Braun (fig. 507) est, dans ces cas, préférable.

Procédé plus simple. — J'ai obtenu quelques succès en procédant plus simplement.

Je laisse le mari pratiquer le coït normal. Le sperme est ainsi déposé dans le vagin et la femme maintenue au lit. J'introduis un spéculum

de Fergusson qui collecte le bol spermatique et le ramène près du col. J'en aspire alors quelques gouttes avec la canule de verre de Sims (fig. 508) que j'injecte dans la cavité utérine.

Ce procédé a l'avantage de permettre le coït normal sans que le mari soit inquiété par le voisinage du médecin.

Le sperme est déposé dans le vagin où il peut séjourner sans perdre ses qualités essentielles, j'ai obtenu un succès dans un cas où l'intervention a eu lieu quatre heures après le coït.

Combien de fois doit-on tenter la fécondation artificielle ? — Nous avons déjà dit qu'il était préférable de pratiquer l'injection spermatique intra-utérine pendant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles ; si l'apparition de la menstruation indique un insuccès, on recommencera l'opération pendant la semaine qui suit. On pourra ainsi renouveler les tentatives pendant cinq ou six époques menstruelles ; mais si l'on n'a pas obtenu de résultat au bout de ce temps, il nous paraît inutile de faire de nouveaux essais.

En somme, la fécondation artificielle constitue un moyen pratique et inoffensif de remédier à certaines variétés de stérilité, et il y a tout lieu d'espérer qu'elle prendra rapidement la place qu'elle mérite dans la pratique gynécologique. Ajoutons que les procédés opératoires rendent cette opération parfaitement compatible avec la dignité du médecin et la pudeur de la femme.

§ 2. — Avortement.

Nous ne faisons que signaler ici l'avortement, dont on trouvera la description dans les traités d'obstétrique et de médecine légale. Nous devons cependant appeler l'attention sur le rôle qu'il joue dans l'étiologie d'un grand nombre d'affections utérines. L'avortement est un des facteurs les plus actifs de la métrite, de la métrorrhagie, des fongosités utérines, des ulcérations du col, de l'éversion utérine, de l'arrêt d'involution et d'un grand nombre de troubles dont l'énumération serait trop longue dans un ouvrage de ce genre.

Nous rappellerons seulement, en passant, que l'avortement qui a lieu dans les six premiers mois de la grossesse, donne souvent lieu à des accidents par suite de la rétention des débris placentaires (hémorragies, septicémie) ; dans ces cas le seul traitement rationnel est le *curetage* que nous avons décrit dans le chapitre consacré à la *Petite chirurgie*.

C'est en effet dans le traitement des *complications septiques de*

l'avortement par rétention placentaire, que le curetage trouve ses plus utiles applications.

Chaque fois que le gynécologue est appelé auprès d'une femme qui vient d'avorter, et dont l'œuf expulsé n'est pas complet, l'opération est *urgente* lorsque la température élevée (39 ou 40°) indique l'infection ; elle peut être différée lorsqu'il n'y a pas de température.

Dans ces cas la malade sera anesthésiée, l'utérus abaissé à la vulve ; lorsque la dilatation utérine est suffisante pour permettre l'introduction de l'index on devra toujours tenter le *curetage digital ;* si l'expulsion placentaire ne peut être obtenue facilement avec le doigt, il faut employer une *curette mousse* et se souvenir que l'utérus puerpuéral est très friable et a été souvent perforé par des opérateurs malheureux.

SIXIÈME PARTIE

DES INFLAMMATIONS ET INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES

MALADIES DU PÉRITOINE PELVIEN, CELLULITE PELVIENNE, PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN, PÉRI-MÉTRITE, PELVI-PÉRITONITE, TUMEURS DU PÉRITOINE, ABCÈS PELVIENS, PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE, SALPINGITE, ANNEXITE, OVARITE, OOPHORO-SALPINGITE.

GÉNÉRALITÉS. — DIVISIONS

Il n'y a guère que vingt ans que le nuage qui obscurcissait la pathologie des inflammations pelviennes s'est à peu près dissipé. Les gynécologues n'accordaient à ces affections que deux chapitres : l'un consacré au phlegmon péri-utérin et l'autre à la pelvi-péritonite qu'ils considéraient comme *essentielle ;* quelques auteurs décrivaient l'ovarite, mais simplement comme un état inflammatoire de la glande.

Ce n'est que dans ces vingt dernières années que l'attention a été appelée sur l'importance que présente l'inflammation des trompes et des ovaires dans la propagation des affections péri-utérines. C'est grâce aux progrès de la chirurgie abdominale qu'on a pu éclaircir les points les plus obscurs ; si on a un peu abusé de la laparotomie, cet abus a au moins présenté l'avantage d'éclairer d'une vive lumière l'anatomie pathologique des lésions si multiples qui affectent les annexes et les tissus péri-utérins.

C'est Lawson-Tait qui le premier a signalé, après avoir pratiqué de nombreuses extirpations annexielles, la part prépondérante que prend la trompe dans les processus infectueux et inflammatoires. Si le point de départ de l'infection est presque toujours l'utérus, c'est dans la trompe que se centralisent les germes morbides d'où ils rayonnent dans les régions péri-utérines : ovaires, tissu cellulaire, péritoine, ligaments larges, cul-de-sac de Douglas, cavité de Retzius, etc.

Il est bon d'insister cependant sur un point qui présente une grande importance clinique. Si l'infection péri-utérine a presque tou-

jours pour point de départ la trompe et se termine généralement par une *suppuration* localisée ou généralisée, il ne faut pas cependant négliger l'étude clinique des affections si bien décrites par nos pères sous le nom de *phlegmons pelviens* et *pelvi-péritonites*. Quiconque a fait de la gynécologie et de l'obstétrique sait combien sont fréquentes les inflammations péri-utérines ou péri-annexielles évoluant comme une fluxion et disparaissant, en laissant derrière elle une simple induration. Il en est de même des inflammations plus ou moins étendues du péritoine pelvien qui peuvent exister sans entraîner la suppuration.

C'est en nous inspirant de ces principes généraux que nous avons établi notre classification des inflammations péri-utérines en conservant une place au phlegmon pelvien et à la pelvi-péritonite.

Nous diviserons les processus inflammatoires du petit bassin en cinq parties.

1° Phlegmon pelvien ou cellulite pelvienne. — Inflammation du tissu cellulaire compris entre l'aponévrose pelvienne supérieure et le péritoine.

2° Maladies du péritoine pelvien comprenant la *pelvi-péritonite proprement dite* (inflammation du péritoine pelvien indépendante des inflammations annexielles) et les *tumeurs du péritoine* (tumeurs végétantes du péritoine pelvien), ou tumeurs prenant naissance dans la séreuse.

3° Phlegmon du ligament large (*Paramétrite*). — Inflammation suppurée ou non, siégeant entre les deux feuillets péritonéaux qui, des bords de l'utérus, gagnent les parois latérales du pelvis.

4° Salpingites. — Inflammation de la trompe.

Les inflammations de la trompe se subdivisent en de nombreuses variétés selon qu'elles sont simples, kystiques ou suppurées.

5° Ovarites. — Les inflammations de l'ovaire sont aiguës ou chroniques, kystiques ou suppurées.

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMON PELVIEN

Par phlegmon pelvien ou cellulite pelvienne nous entendons l'inflammation du tissu cellulaire compris entre l'aponévrose pelvienne et le péritoine.

La cellulite pelvienne est une affection fréquente, surtout si on réserve cette dénomination pour les phlegmasies péri-utérines situées au-dessus de l'aponévrose pelvienne et se terminant le plus souvent par résolution (*Péri-métro-salpingite séreuse*).

Il faut cependant savoir que la cellulite pelvienne, quoique simple au début, peut se généraliser et s'étendre rapidement à tout le tissu cellulaire pelvien, à la manière d'un érysipèle et déterminer une suppuration très étendue et le plus souvent mortelle ; c'est la *cellulite pelvienne diffuse* que Virchow avait désignée sous le nom d'*erysipelas malignum puerpuerale*, quoiqu'elle puisse exister en dehors de la parturition.

Etiologie. — Comme dans toutes les phlegmasies gynécologiques, le *streptocoque* et le *gonocoque* constituent les agents pathogènes qu'on rencontre le plus fréquemment ; mais il faut tenir compte du terrain et admettre par conséquent des causes prédisposantes.

Parmi ces *causes prédisposantes* il faut citer toutes celles qui déterminent un appel plus considérable de sang vers l'utérus ou ses annexes et toutes celles qui peuvent entraver la circulation de ces organes ou y entretenir un état congestif prolongé. La grossesse et l'accouchement figurent au premier rang ; c'est ce qui explique la grande fréquence de la cellulite pelvienne pendant la période d'activité sexuelle.

C'est surtout après la parturition et les complications obstétricales que la cellulite pelvienne se développe. C'est ainsi que la version, l'application du céphalotribe et du forceps peuvent devenir le point de départ d'un phlegmon par des contusions et des tiraillements et

aussi par l'infection qu'elles déterminent. L'affection s'observe même lorsque l'accouchement n'a pas été accompagné de manœuvres obstétricales d'un caractère exceptionnel. Aux causes que nous venons d'énoncer, il faut encore ajouter toutes celles capables de troubler la période puerpérale : le froid, l'arrêt subit de l'involution utérine, l'exercice prématuré et toutes les sources d'infection.

L'inflammation déterminée par la vaginite blennorrhagique et la

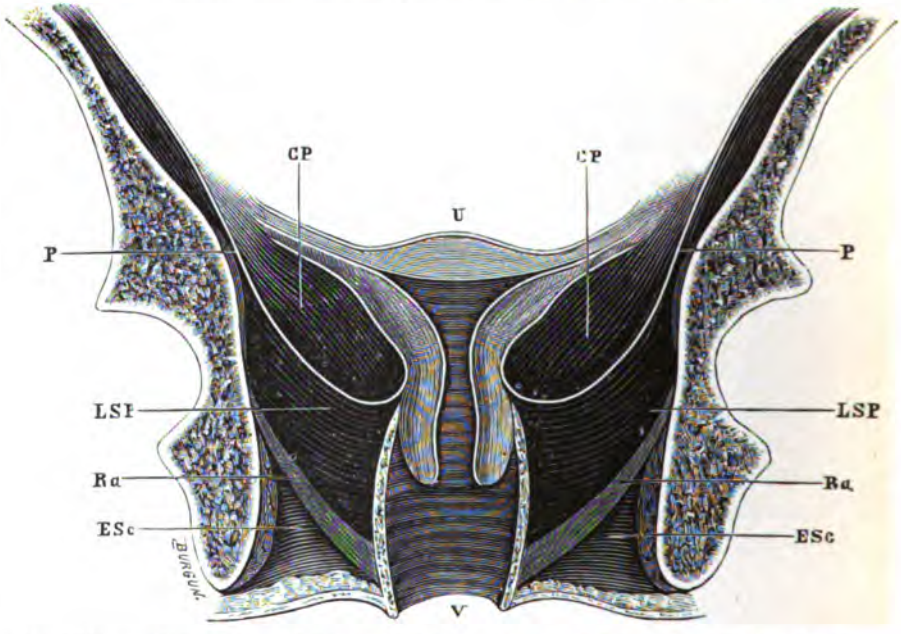


Fig. 510. — Figure schématique destinée à montrer les rapports du péritoine et du tissu cellulaire de la région pelvienne.

U, utérus ; P, péritoine ; CP, cavité péritonéale ; LSP, loge sous-péritonéale ; Ra, releveur de l'anus ; ESc, fosse ischio-rectale ; V, vagin.

métrite purulente peut également se transmettre par continuité de tissu jusqu'au tissu cellulaire par l'intermédiaire des lymphatiques. L'arrêt brusque de la menstruation, l'aménorrhée et la dysménorrhée peuvent avoir les mêmes résultats. Enfin on a observé le phlegmon péri-utérin à la suite des opérations pratiquées sur l'utérus ou dans son voisinage. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

Pathologie. — Dès le début de la phlegmasie le tissu cellulaire enflammé augmente de volume grâce à la présence dans ses aréoles du liquide séro-albumineux exsudé par les capillaires ; il se forme une adéno-lymphite puis un œdème inflammatoire. Il en résulte une

augmentation de volume et une induration notable du tissu enflammé qui finissent par donner la sensation d'une véritable tumeur.

Si le phlegmon doit se terminer par suppuration, on voit apparaître des globules purulents dans l'exsudat inflammatoire. Ces globules, d'abord contenus dans les aréoles du tissu, ne tardent pas à se constituer un foyer et l'abcès est ainsi formé.

Le phlegmon péri-utérin peut envahir tout le tissu cellulaire péri-

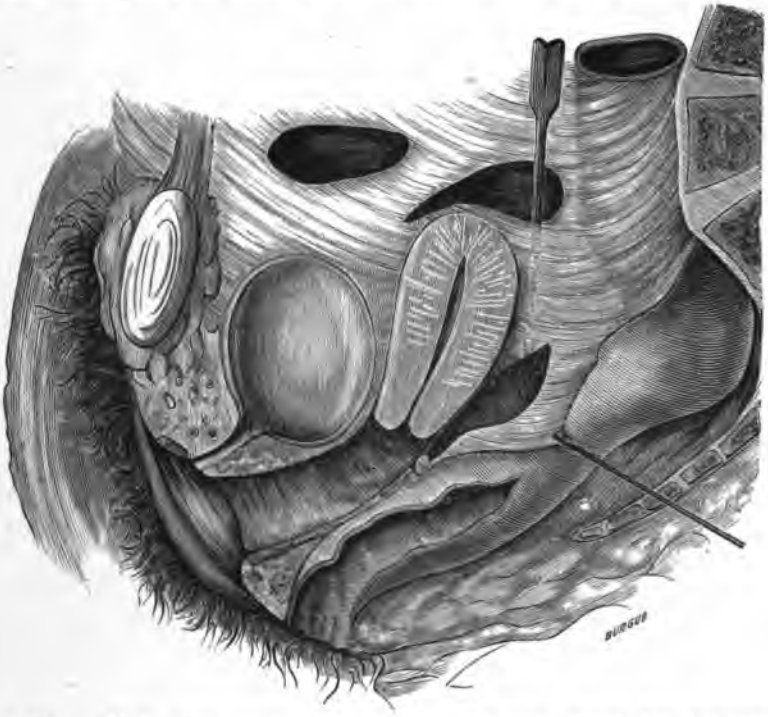


Fig. 511. — Abcès aigus sous-péritonéaux du petit bassin, ouverts dans le péritoine et dans le rectum (Péan).

utérin, gagner les parties latérales du rectum et même remplir toute l'excavation pelvienne, et les organes sont toujours plus ou moins déplacés et refoulés par la tumeur.

La tumeur est rarement à l'état de liberté dans la cavité pelvienne et elle adhère presque toujours à l'utérus, à la vessie, au vagin ou au rectum ; c'est là un caractère important au point de vue du diagnostic différentiel ; le plus souvent elle forme autour de l'utérus un bourrelet semi-circulaire fort bien décrit par les anciens auteurs. Ce qui caractérise le phlegmon péri-utérin bénin, c'est l'empâtement

général des tissus et la rapidité avec laquelle se fait parfois la résolution.

Cependant on observe souvent, lorsque les phénomènes aigus ont disparu, des petites tumeurs, sortes de noyaux d'œdème inflammatoire qui persistent assez longtemps ; ces noyaux ont même été confondus avec l'*ovaire prolabé*, ou avec des petits kystes du ligament large ou de l'ovaire.

Ces petites tumeurs consécutives à l'inflammation péri-utérine simple peuvent devenir le point de départ de phlegmasies nouvelles qui pourraient faire donner à cette affection le nom de *cellulite à répétition*.

Symptômes. — Plusieurs symptômes aigus s'observent au début. Les plus marqués sont la fièvre, l'élévation de la température, la douleur et la tuméfaction.

Le frisson manque rarement et ouvre la série des symptômes graves. Le pouls s'élève à 110 ou 120 pulsations, la température atteint 39°5 ou 40 et la douleur survient.

C'est une douleur contusive, gravide, profonde et différant essentiellement de la douleur plus superficielle et plus lancinante de la pelvi-péritonite.

D'autres symptômes se manifestent dans la vessie, le rectum ou l'utérus, c'est ainsi qu'on observe fréquemment de la dysurie, du ténesme et des métrorrhagies.

Signes physiques. — Ils ont une grande importance, mais on ne devra procéder à un examen complet que lorsque les symptômes aigus se sont apaisés et que la malade peut le supporter. Le toucher combiné à la palpation abdominale fait découvrir dans le voisinage de l'utérus une tumeur plus ou moins volumineuse, d'une consistance quelquefois dure, mais le plus souvent pâteuse et œdémateuse.

La tumeur siège le plus souvent sur les parties latérales de l'utérus ; mais il n'est pas rare de la rencontrer en avant et en arrière.

L'utérus est presque toujours déplacé par suite du volume de la masse phlegmoneuse et plus ou moins immobilisé par les adhérences qui le rattachent à la tumeur, mais ce degré d'immobilité n'est jamais aussi prononcé que dans le phlegmon du ligament large.

On observe parfois une certaine déformation de l'abdomen lorsque la tumeur est très volumineuse, parfois aussi, mais plus rarement, le rectum est plus ou moins comprimé et troublé dans ses fonctions.

La *terminaison* par induration chronique détermine dans les fonc-

tions génitales une série de troubles plus ou moins graves. C'est ainsi qu'il apporte des obstacles à la conception et à l'évolution complète de la grossesse par l'obstacle mécanique résultant des adhérences. La menstruation est le plus souvent difficile et irrégulière, et les malades éprouvent une série de symptômes pénibles du côté de l'utérus, de la vessie et du rectum.

Diagnostic. — Au début, pendant la période inflammatoire, il est presque impossible de diagnostiquer la cellulite pelvienne des autres phlegmasies du petit bassin et surtout de la pelvi-péritonite.

On l'a confondue même avec les hémorragies péritonéales (hématocèle).

En ce qui concerne l'*hématocèle* l'erreur sera évitée si l'on consi-

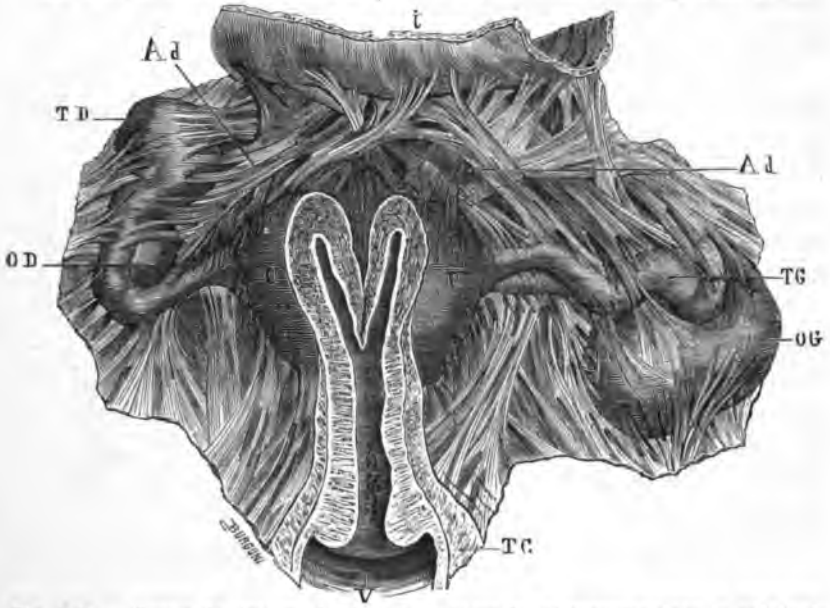


Fig. 512. — Coupe de l'utérus destinée à montrer les adhérences dans la pelvi-cellulite généralisée.

i, intestin; Ad, adhérence; U, utérus; OD, ovaire droit; OG, ovaire gauche; TG, trompe gauche; TD, trompe droite.

dère que les hémorragies pelviennes surviennent brusquement et s'accompagnent de prostation, syncope et autres phénomènes d'une extrême gravité; dans l'hématocèle il n'existe pas de température tandis que le phlegmon donne toujours lieu à une hyperthermie s'élevant à 39 ou 40°; dans l'hématocèle la tumeur est d'abord molle et

fluctuante, puis elle acquiert de la résistance et de la dureté ; dans le phlegmon la muqueuse est d'abord dure, puis elle se ramollit et devient fluctuante lorsqu'elle doit se terminer par la suppuration.

Le diagnostic avec les pelvi-péritonites présente plus de difficultés. Dans l'un et l'autre cas, il y a douleur, frisson et fièvre ; mais ces symptômes diffèrent cependant dans chacune de ces phlegmasies. Dans le phlegmon, la douleur est localisée et lorsqu'elle se généralise, ce qui est très rare, elle a toujours son maximum en un point précis. Dans la péritonite, la douleur est d'abord locale et très intense, puis elle se généralise et se répand avec rapidité. Le pouls est large, développé, plein, dans le phelgmon ; il est petit et filiforme dans la péritonite.

Mais nous devons convenir que pendant la période aiguë il est extrêmement difficile d'établir un diagnostic précis entre ces trois affections.

Il n'en est pas de même pendant la période chronique, où l'exploration directe des organes fournit des signes différentiels plus marqués. En général, la tumeur de la pelvi-péritonite débute par les parties les plus déclives des culs-de-sac péritonéaux, elle augmente rapidement de volume et d'étendue et dépasse le pubis. Cette tumeur est molle, pâteuse, inégale ; tandis que celle du phlegmon est le plus souvent consistante, dure et irrégulière.

Marche, durée, terminaison. — Il est impossible de fixer, même d'une façon approximative, la durée de la maladie. Lorsque le phlegmon a une marche franche, la suppuration peut s'établir au bout de deux ou trois septenaires ; la terminaison par résolution est généralement plus longue et il reste pendant longtemps une induration du tissu cellulaire qui a été le siège de la phlegmasie.

La cellulite pelvienne peut se terminer par le passage à l'état chronique, par la suppuration ou la résolution.

La résolution est le mode de terminaison le plus favorable. Lorsqu'elle doit se produire, les symptômes généraux s'amendent progressivement, la tumeur devient moins douloureuse et subit un amoindrissement graduel et l'on peut, par l'exploration directe, suivre les progrès de la résolution.

La terminaison par suppuration se rencontre, d'après West, dans 51 cas sur 100 ; cet auteur confondait certainement la cellulite pelvienne simple avec les abcès pelviens, les salpingites et les phlegmons du ligament large. Gaillard Thomas, Nonat, Gosselin, estiment

au contraire que la suppuration ne se produit que dans 10 cas sur 100 ; il nous paraît difficile d'établir une statistique à peu près exacte étant donnée la difficulté du diagnostic et la confusion qui s'établit nécessairement entre toutes les inflammations pelviennes. L'étude d'un assez grand nombre de cas nous porte à croire que les abcès pelviens consécutifs aux phlegmons péri-utérins sont rares en dehors de la perpuéralité et qu'ils sont au contraire, fréquents pendant cet état.

Lorsque la suppuration doit avoir lieu, la température s'élève, la

Fig. 513. — Abcès sans communication avec le cul-de-sac de Douglas.

douleur augmente et la tumeur éprouve des modifications dans ses dimensions et sa consistance. Elle devient plus volumineuse, plus molle et détermine des douleurs lancinantes. La fluctuation est presque toujours difficile à constater, à cause de la profondeur de l'abcès.

Une fois le pus formé, il tend à se former une issue, si la région iliaque a été envahie par la phlegmasie, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Lorsque l'inflammation a gagné le tissu cellulaire qui double la paroi abdominale antérieure, c'est entre l'ombilic et l'arcade crurale que le pus se fait jour. Il peut se faire également que le liquide franchisse l'arcade crurale et s'accumule dans le triangle de Scarpa. Il arrive plus fréquemment, lorsque le phlegmon

est resté confiné dans le petit bassin, que la collection purulente s'ouvre dans le rectum, la vessie ou le vagin.

Dans ce cas, la sortie du pus passe souvent inaperçue et le liquide qui peut s'échapper graduellement n'est pas distingué des autres écoulements qui s'échappent du conduit vaginal. Si le phlegmon occupe le cul-de-sac de Douglas, comme cela est le cas le plus fréquent, le pus se fait presque constamment jour par le fond du vagin ou par le rectum ou même dans le col utérin ainsi que Barnes en a observé deux cas.

Lorsque le pus se fraie une issue par la peau, le vagin ou le rectum, la guérison est la règle. Mais si l'abcès vient à s'ouvrir dans le péritoine, il en résulte une péritonite suraiguë qui peut être rapidement mortelle.

On a obtenu des cas où l'abcès se localise en arrière du rectum et forme une poche indépendante du cul-de-sac de Douglas (fig. 513).

Lorsque le phlegmon péri-utérin est abandonné à lui-même et se termine par résolution, il se produit le plus souvent des adhérences qui immobilisent l'utérus dans la région sacrée et donnent lieu, par la suite, à des symptômes extrêmement pénibles (fig. 512).

Traitement médical. — Les antiphlogistiques et les opiacés conviennent dans la période aiguë ; sangsues, ventouses scarifiées, cataplasmes aseptiques et lavements laudanisés, etc. On administrera à l'intérieur l'extrait thébaïque, à la dose de 5 à 15 centigrammes par vingt-quatre heures. Les purgatifs doivent être évités avec soin dans les cas où les douleurs sont très aiguës et lorsqu'on soupçonne la coexistence d'une pelvi-péritonite. On emploiera des lavements pour faire disparaître la constipation. Mais il est préférable de laisser la malade constipée pendant deux ou trois jours que de l'exposer aux douleurs aiguës que peuvent déterminer les contractions intestinales après l'administration d'un purgatif.

Traitement chirurgical. — Lorsque le phlegmon est entré dans sa période de suppuration, la chirurgie peut fournir des ressources thérapeutiques efficaces.

Les chirurgiens ont beaucoup discuté sur l'opportunité d'ouvrir les collections phlegmoneuses qui siègent dans le voisinage de l'utérus. On peut en effet se demander, lorsque l'abcès montre une tendance rapide à se frayer lui-même une issue et à s'ouvrir en un point favorable, s'il ne vaut pas mieux laisser agir la nature plutôt que d'inter-

venir. Nous pensons cependant que la temporisation, qui est indiquée dans un certain nombre de cas, peut quelquefois être dangereuse. Simpson a rapporté un cas dans lequel le phlegmon s'était frayé un chemin dans le vagin et semblait sur le point de s'ouvrir spontanément dans cette région. L'intervention chirurgicale ne fut pas immédiatement jugée nécessaire et le chirurgien fut très surpris, le lendemain, lorsqu'il revit sa malade, de voir que l'abcès s'était ouvert dans le péritoine.

Nous posons donc comme règle l'évacuation du pus chaque fois que la suppuration est établie et que la collection purulente est bien localisée.

Nous avons tous observé de nombreux cas dans lesquels le pus s'est ouvert spontanément dans le vagin ou le rectum ; les malades ont guéri ou du moins ont été soulagées au point de se croire guéries. Après une première évacuation qui a vidé la poche, celle-ci se referme pour se remplir de nouveau. C'est ainsi qu'il existe des *cellulites pelviennes récidivantes ;* il peut également s'établir une communication entre la poche, le rectum ou le vagin ; cette communication est permanente ou intermittente. Dans de nombreux cas il se forme des *abcès pelviens fistuleux* qui se fraient un chemin dans le bassin et forment à la longue des indurations et des traînées suppuratives dont la cure est difficile, pour ne pas dire impossible.

C'est pour ces diverses raisons que nous conseillons l'intervention chaque fois qu'il existe une cellulite pelvienne suppurée. Celle-ci peut avoir lieu par le rectum, par le vagin ou par la paroi abdominale.

Nous discuterons le *traitement chirurgical* après les articles consacrés aux autres suppurations pelviennes, celui-ci étant le même pour la plupart d'entre elles.

CHAPITRE II

PÉRITONITE PELVIENNE

La pelvi-péritonite a été abandonnée par les auteurs modernes qui ne veulent voir dans cette phlegmasie qu'une extension ou une complication des affections inflammatoires des organes contenus dans le petit bassin. D'après eux il n'y aurait pas de péritonite, mais une péri-métrite, une péri-salpingite, etc.

Nous pensons au contraire que la péritonite pelvienne doit être décrite dans un ouvrage classique ; non seulement cette affection présente des caractères cliniques bien tranchés, mais elle survit souvent à l'affection initiale qui lui a donné naissance pour passer à l'état chronique. De plus elle détermine dans le petit bassin des épanchements et des adhérences qui, dans la période chronique, donnent lieu à des symptômes spéciaux ; elle peut en outre exister isolément sans donner lieu à aucune suppuration.

Division. — La pelvi-péritonite est *puerpérale* et *non puerpérale ;* nous ne nous occuperons pas de la première qui, au moins dans sa période aiguë, appartient à l'obstétrique.

On peut encore admettre, en se plaçant au point de vue spécialement gynécologique, deux variétés de péritonite ; la première se développant à la suite des inflammations des organes pelviens (ovaires, trompes, utérus), n'est qu'une complication locale ; la seconde présente les caractères de la *péritonite proprement dite*, appelée autrefois *péritonite essentielle ;* elle est plus étendue et les symptômes aigus qu'elle détermine sont plus généraux que ceux qui pourraient résulter d'une métrite ou d'une salpingite.

Fréquence. — Il existe peu d'affections aussi fréquentes que la péritonite pelvienne ; il suffit, pour démontrer cette assertion, de rappeler que les autopsies pratiquées sur des femmes âgées a révélé l'existence d'adhérences et d'épanchements péritonéaux dans plus de 60 cas sur 100 (Veit).

Etiologie. — La pelvi-péritonite est une affection d'origine infectieuse. L'infection provient d'une maladie de l'utérus ou des trompes ; il a été cependant démontré récemment qu'elle peut avoir une origine intestinale ; non seulement il existe des communications lymphatiques qui peuvent expliquer la transmission, mais on a souvent rencontré des coli-bacilles dans le pus provenant d'un abcès péritonéal.

En mettant de côté l'origine obstétricale on peut admettre deux causes fréquentes : la *blennorrhagie* et le *traumatisme*.

Il est cependant admis par la plupart des pathologistes que le gonocoque ne détermine que des inflammations péritonéales localisées et presque toujours limitées au voisinage des trompes.

Quelle que soit la nature du germe infectieux il est certain que la pénétration a lieu le plus souvent par les trompes.

La pelvi-péritonite non puerpérale a donc pour cause les inflammations utérines et péri-utérines. Elle est souvent la conséquence des opérations pratiquées sur l'utérus, et même de pratiques souvent considérées comme inoffensives. C'est ainsi que le cathétérisme utérin, la dilatation du col par l'éponge préparée, les injections intra-utérines ont parfois donné lieu à des inflammations assez intenses du péritoine pelvien.

La pelvi-péritonite survient, du reste, souvent sous l'influence du froid, de l'humidité, de la fatigue. Elle est une des conséquences fréquentes de l'avortement provoqué criminel, et Bernutz l'a observé à la suite d'excès de coït. Enfin les inflammations péritonéales partielles se produisent souvent sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause. C'est ainsi qu'on l'observe souvent chez des vierges et chez des femmes qui n'ont subi aucun traumatisme génital et qui ne présentent aucune lésion initiale des organes pelviens. Ce sont ces cas qui avaient fait admettre aux anciens auteurs l'existence d'une *péritonite pelvienne essentielle*.

Anatomie pathologique. — Nous passerons rapidement sur les lésions initiales : rougeur, augmentation de la vascularisation, altérations cellulaires, desquamation endothéliale qui s'observent dans les premières vingt-quatre heures, pour nous attacher surtout à la description de l'épanchement ou de l'exsudat qui caractérisent les pelvi-péronites ; étant données les nombreuses cavités qui forment la séreuse en recouvrant les organes pelviens, ces épanchements se localisent rapidement pour donner lieu plus tard aux adhérences qui font donner à cette affection le nom de *péritonite adhésive*.

L'épanchement est d'abord séreux ; il se compose d'un liquide séro-fibrineux qui lui donne l'apparence floconneuse ; d'abord limpide, il se trouble assez rapidement soit par la présence du pus, soit par une sorte de résorption de ses éléments liquides.

Cet épanchement se produit deux ou trois jours après l'apparition de la maladie ; il donne alors la sensation d'une tumeur qui devient plus tard enkystée entre des fausses membranes.

Nous insistons sur le point important : la pelvi-péritonite localisée ne se termine pas toujours par la suppuration ; l'exsudat se résorbe le plus souvent en laissant des adhérences ou petites tumeurs enkystées (fig. 514).

Lorsque la suppuration a lieu, elle se localise généralement dans la partie la plus déclive, le *cul-de-sac* de Douglas ; dans des cas beaucoup plus rares le foyer purulent s'étend dans toute la cavité pelvienne, mais ces cas sont rares en dehors de la puerpéralité. Il se forme alors de nombreuses poches purulentes comme dans la cellulite pelvienne diffuse.

Symptomatologie. — Les symptômes sont identiques à ceux de la péritonite généralisée quoique moins intense : petitesse du pouls, élévation de la température, vomissements, douleur excessive, occupant non seulement la région pelvienne, mais la totalité de l'abdomen.

Les symptômes de la période subaiguë ou chronique présentent plus d'importance au point de vue du diagnostic. Par le toucher, on constate que l'utérus est immobilisé, refoulé en avant. Le cul-de-sac postérieur est le siège d'une induration ou d'une distension plus ou moins prononcée. On peut même parfois y constater de la fluctuation, lorsqu'il s'y est formé un épanchement purulent.

Les autres symptômes de la péritonite pelvienne se confondent avec ceux du phlegmon péri-utérin.

La pelvi-péritonite se termine par résolution et sans laisser de traces sérieuses, lorsqu'elle est bénigne et de courte durée. Mais elle se termine souvent par suppuration et laisse après elle des adhérences et des symptômes subaigus qui persistent pendant longtemps.

Elle a surtout une tendance à passer à l'*état chronique* et constitue alors la *péritonite adhésive* si commune chez les femmes qui ont eu des inflammations fibreuses puerpérales traumatiques ou essentielles.

Ces adhérences réunissent souvent l'intestin et tous les organes

pelviens dans une sorte de *magma ;* il en résulte des tiraillements, des douleurs, des névralgies lombo-abdominales, de la dysménorrhée et des troubles permanents qui rendent la vie insupportable aux malades.

A la suite d'un repos absolu la situation peut s'améliorer, mais les

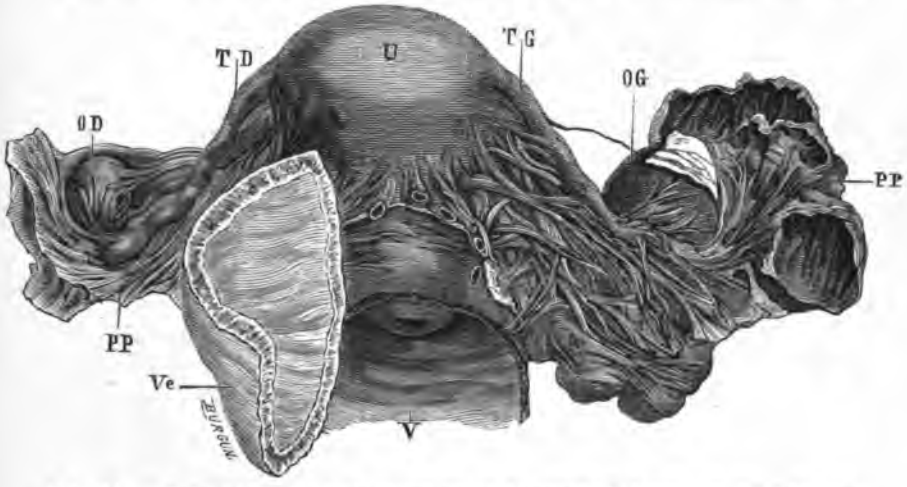


Fig. 514. — Pelvi-péritonite à répétition ayant déterminé la formation d'adhérences généralisées du côté de la vessie, de l'utérus et de ses annexes.

U, utérus; TD, trompe droite; TG, trompe gauche; OD, ovaire droit; OG, ovaire gauche; PP, péritoine pelvien; V, vagin; Ve, vessie.

rechutes sont fréquentes ; sous une influence quelconque : marche, effort, coït, etc., il se produit de nouvelles poussées inflammatoires avec hyperthermie et parfois de nouveaux foyers de suppuration.

Diagnostic différentiel. — Si le diagnostic n'est pas difficile au début au moment où surviennent les accidents aigus, il présente de sérieuses difficultés dans la période chronique ou la pelvi-péronite peut être confondue avec les nombreuses maladies inflammatoires du petit bassin : cellulite pelvienne, abcès pelviens, phlegmon du ligament large, salpingo-ovarite, etc. Cette confusion ne présente pas du reste de sérieux inconvénients lorsqu'il existe un foyer de suppuration, le traitement de toutes les suppurations pelviennes étant établi sous les mêmes règles.

Il faut encore tenir compte, pour le diagnostic, des symptômes douloureux et inflammatoires résultant de l'extension au péritoine des diathèses tuberculeuses et cancéreuses. La généralisation péritonéale

du cancer n'est pas très rare (fig. 515) et les symptômes qu'elle

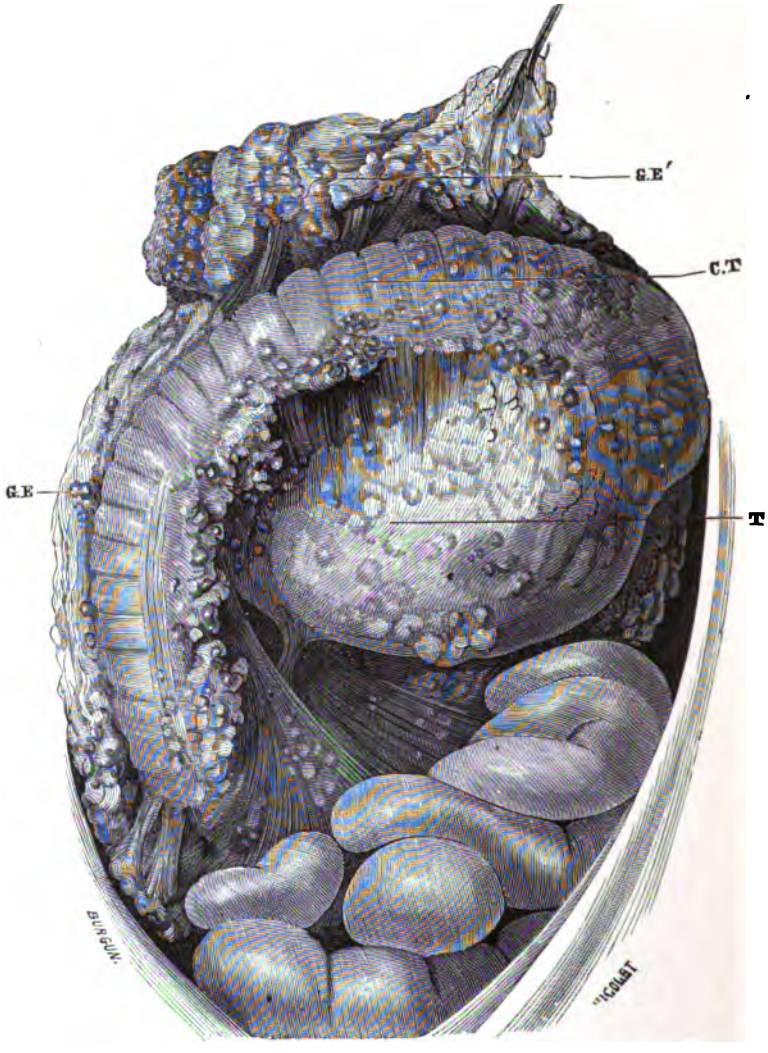


Fig. 515. — Péritonite chronique due à la généralisation d'un cancer de l'ovaire.
GE, GE', grand épiploon ; CT, côlon transverse ; T, petites tumeurs kystiques de l'ovaire avec végétations et épanchement péritonéal.

détermine présentent une grande analogie avec ceux de la péritonite chronique.

Appendicite. — Nous appelons cependant l'attention sur la possibilité de confondre la pelvi-péritonite avec l'appendicite lorsque l'in-

flammation a lieu *à droite*. Nous avons observé des cas authentiques où des suppurations d'origine pelvienne ont été confondues avec des suppurations d'origine intestinale. La même remarque peut être faite pour tous les abcès pelviens siégeant à droite.

Dans la plupart des cas cependant, l'inflammation produite par la pelvi-péritonite est localisée dans le petit bassin, tandis que l'appendicite donne lieu à des phénomènes plus généraux.

On a vu l'*utérus rétroversé* pris pour un exsudat péritonéal, mais le cathétérisme permettra d'éviter cette erreur.

Complications. — Les plus fréquentes sont celles qu'on observe du côté de l'intestin dont les fonctions sont souvent entravées par les adhérences. On a même signalé des cas où ces brides ont déterminé de véritables étranglements nécessitant l'intervention chirurgicale.

Les *troubles fonctionnels* du côté de l'utérus sont constants et les femmes qui ont eu des pelvi-péritonites adhésives sont presque toujours *stériles*.

Traitement. — Le traitement médical est celui que nous avons exposé dans le chapitre consacré à la cellulite pelvienne, surtout dans la période aiguë.

Lorsqu'il y a suppuration l'intervention chirugicale est indiquée dans un grand nombre de cas ; cependant il ne doit être proposé que lorsque les foyers purulents menacent de s'ouvrir dans l'intestin. Segond a dit avec raison qu'on ne doit intervenir qu'en présence d'un danger réel et après vérification consciencieuse de l'incurabilité des lésions.

J'insiste beaucoup sur les résultats que peut donne le *massage* extra et intra-abdominal dans les adhérences anciennes et lorsqu'il n'existe plus de foyers de suppuration ; mais celui-ci ne peut être pratiqué que par le médecin et ne saurait être confié à des mains étrangères à la gynécologie. Le massage appliqué d'une façon intempestive peut réveiller l'inflammation, créer de nouveaux abcès et favoriser l'ouverture de ceux-ci dans l'intestin ou le péritoine.

Enfin dans la péritonite chronique on conseillera le repos prolongé, les applications révulsives sur la paroi abdominale, les injections sous-cutanées de sérum et on soutiendra l'organisme par un traitement approprié. Les eaux chlorurées sodiques (Salins, Salies, Brides) sont souvent employées utilement.

Nous étudierons le *traitement chirurgical* en parlant des suppurations pelviennes en général.

CHAPITRE III

PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE

(PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN)

L'infection, partie de l'utérus, peut, en suivant la voie lymphatique, cheminer à la partie supérieure ou à la base du ligament large et produire à ce niveau une phlegmasie désignée sous le nom de *phlegmon* du ligament large. C'est une des inflammations péri-utérines les plus fréquentes à laquelle nous devons consacrer une description spéciale.

Etiologie. — Comme dans la plupart des suppurations pelviennes c'est encore la voie utérine qui est la porte d'entrée de l'infection. C'est surtout à la suite d'un accouchement non aseptique, d'un avortement provoqué ou des traumatismes obstétricaux que s'observe le phlegmon du ligament large.

Quoiqu'on s'accorde à considérer ce processus inflammatoire comme très rare en dehors de la puerpéralité, on a cependant cité des cas où il était dû au traumatisme opératoire : dilatation utérine, ablation des polypes, injections intra-utérines, discisions du col. On a même prétendu qu'il avait été provoqué par l'emploi de pessaires intra-utérins.

En somme, toutes les causes qui peuvent faire naître l'infection dans l'utérus et la propager par la trompe et les voies lymphatiques peuvent donner naissance à un phlegmon, mais la localisation dans le ligament large semble être plutôt la conséquence de l'état puerpéral et sa transmission a lieu plutôt par les lymphatiques.

Les agents pathogènes sont le *streptocoque* et le *gonocoque*.

Les bactériologistes affirment que le streptocoque est le seul microbe pyogène qui puisse traverser la paroi utérine et gagner le ligament large par les voies lymphatiques ; cette observation se trouve confirmée par les examens du pus dans lequel cet agent pathogène a presque toujours été rencontré.

Le *gonocoque* est plus rare et semble plutôt le microbe qui pro-

voque les suppurations pelviennes tubaires dont nous nous occuperons plus loin.

Symptomatologie. Diagnostic. — C'est généralement à la fin du

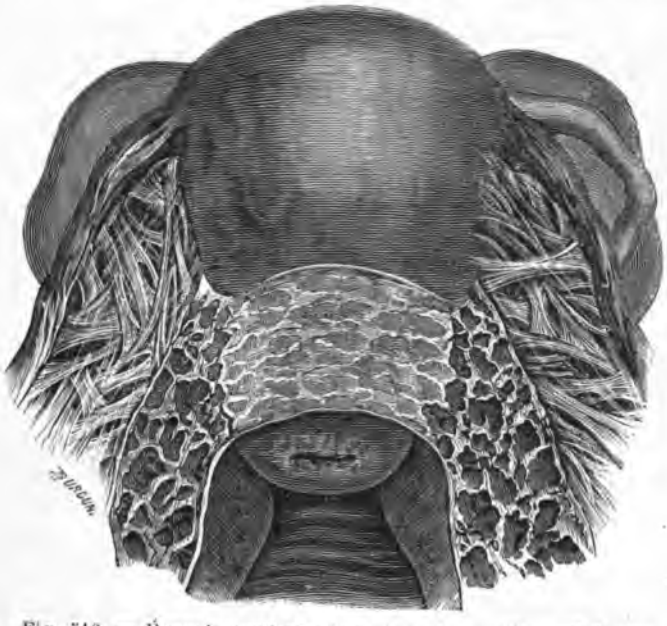


Fig. 516. — Épanchement plastique dans les mailles celluleuses des ligaments larges.

premier septenaire d'un accouchement ou d'un avortement que surviennent les premiers symptômes. La malade est saisie d'un frisson violent suivi d'une hyperthermie élevée (40 à 41°) ; on observe alors une douleur plus ou moins intense localisée dans les lombes et une des fosses iliaques ; le toucher vaginal révèle, comme dans toutes les inflammations pelviennes, un empâtement général des culs-de-sac, puis une tuméfaction ne siégeant généralement que d'un côté.

Cette tuméfaction est plus localisée que dans la pelvi-péritonite ; la douleur se distingue également de celle de la péritonite pelvienne en ce qu'elle est plus profonde, moins intense et moins superficielle ; la pression abdominale est possible et l'on sent que la lésion est profonde.

Les vomissements qui existent toujours dans la péritonite peuvent manquer dans le phlegmon.

Ces phénomènes aigus durent pendant assez longtemps pour

faire face à une rémission et surtout à une baisse de la température.

Lorsque la température baisse subitement on doit supposer que l'abcès s'est ouvert dans le rectum ou la vessie et faire des recherches dans cette direction.

Si au contraire la température diminue pour prendre les caractères de la *fièvre hectique*, on doit supposer un enkystement limité du foyer purulent.

Il peut cependant y avoir une baisse graduelle de la température coïncidant avec une *résolution* de la tumeur *sans suppuration ;* la maladie se termine alors par résolution plastique comme dans la cellulite pelvienne simple ; mais les cas de ce genre sont rares, et il faut toujours s'attendre à la suppuration dans le phlegmon du ligament large consécutif à un traumatisme utérin et surtout dans les suites de couches.

Le toucher vaginal donne les signes que nous avons décrits en parlant de la cellulite pelvienne ; les culs-de-sac sont remplis par une masse indurée qui donne au doigt la sensation qu'on désigne sous le nom de *vagin de carton;* la masse indurée dépasse souvent les limites du petit bassin, mais elle est en général limitée à un seul côté.

Marche. Terminaison. — Nous avons dit que le phlegmon du ligament large peut se déterminer par résolution lorsque le processus inflammatoire ne dépasse pas la transformation infiltrante et œdémateuse ; mais *c'est l'exception.*

Généralement, aux phénomènes aigus succède une courte rémission, puis la fièvre persistante indique une infection septique qui peut devenir grave et dégénérer en une *cellulite pelvienne diffuse* souvent mortelle.

Mais la terminaison la plus ordinaire est la *suppuration.*

Celle-ci a lieu le plus souvent spontanément. Le pus se collecte et forme une masse énorme qui se fraie un chemin dans le tissu cellulaire et vient s'ouvrir par une petite ouverture dans le *vagin*, le *rectum* ou la *vessie.*

D'autres fois le foyer plus volumineux s'ouvre une voie en ulcérant les tissus sur différents points de la paroi abdominale ; le plus souvent le pus vient se faire jour au niveau de l'arcade de Fallope après avoir suivi l'aileron du ligament rond.

L'ouverture spontanée qui a lieu dans le rectum ou le vagin donne lieu à un soulagement immédiat, à la chute de la température, et à la

cessation de tous les symptômes graves. Dans beaucoup de cas cette élimination produit une guérison rapide et définitive surtout lorsqu'il n'y a pas d'inflammation péritonéale concomitante,

Il faut cependant savoir que, de même que dans toutes les suppu-

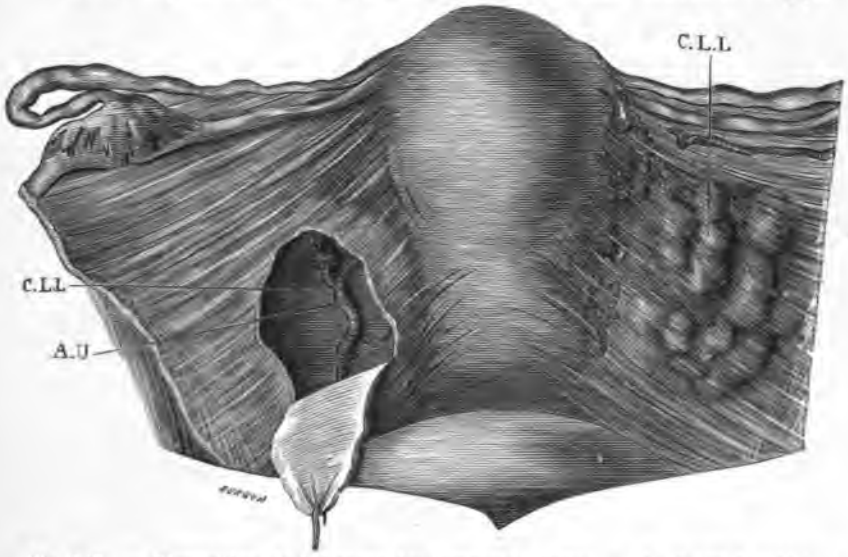


Fig. 517. — Disposition de la cavité des ligaments larges. — Le feuillet antérieur du ligament large droit a été ouvert pour montrer l'artère utéro-ovarique (Le Bec).

CLL, cavité du ligament large ; AU, artère utéro-ovarique.

rations pelviennes, la fistule qui a donné issue au pus peut se refermer et la poche se remplir de nouveau.

L'ouverture du foyer dans le péritoine est rare ; lorsqu'elle a lieu il se produit des accidents inflammatoires péritonéaux qui peuvent être mortels.

Traitement. — Au début on combattra les phénomènes inflammatoires par les calmants et les antiphlogistiques. On peut employer le sérum antistreptococcique, mais, jusqu'à présent, ce traitement n'a donné aucun résultat positif. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il est inoffensif.

C'est encore à la chirurgie qu'il faut demander la thérapeutique des suppurations du ligament large.

CHAPITRE IV

TUMEURS VÉGÉTANTES DU PÉRITOINE PELVIEN

Les auteurs avaient signalé depuis longtemps une forme de tumeurs malignes occupant le voisinage des ovaires; ces productions avaient

Fig. 518. — Tumeur végétante du péritoine pelvien (1er type).

d'abord été considérées comme une variété de kystes ovariens et avaient été décrites sous le nom de *tumeurs végétantes de l'ovaire*.

Nous verrons plus loin, en étudiant l'anatomie pathologique des tumeurs ovariennes, qu'il existe une variété de *kystes végétants de l'ovaire*.

Mais il s'agit, dans cette article, d'une production ayant son origine dans le péritoine pelvien.

Ces tumeurs ont été décrites pour la première fois par Péan dans une communication qu'il fit à l'Académie de médecine en 1886; elles ont été étudiées depuis par Duret, Pfanneustiel et Terrillon.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs végétantes du péritoine pelvien sont caractérisées par la production à la surface de la séreuse

de végétations multiples assez analogues à du frai de grenouilles et susceptible de prendre la disposition arborescente.

On en distingue trois types.

Dans le *premier* (fig. 518) ce sont des saillies petites et nombreuses,

Fig. 519. — Tumeurs végétantes du péritoine pelvien (1er type).

d'aspect verruqueux, de coloration jaune grisâtre formant des groupes qui sont réunis par des pédicules ramifiés en chou-fleur.

Les tumeurs du *second type* sont formées par des éminences péritonéales ayant une tendance spéciale à s'enfoncer dans le tissu ovarien (fig. 520).

Les tumeurs du *troisième type* occupent plus particulièrement le tissu ovarien quoique prenant toujours naissance dans le feuillet séreux (fig. 521); ce sont les plus rares, elles ont été parfois confondues avec des kystes multiloculaires.

La structure et la texture de ces masses végétantes sont identiques. Les lobules sont constitués par un tissu cellulaire embryonnaire, très ferme, qui présente une certaine analogie avec celui du cordon (gelée de Wharton) qui a fait dire aux histologistes (Robin, Cherbuliez) qu'il y avait une sorte de retour à l'état fœtal du feuillet séreux des ligaments larges (fig. 522 et 523).

Le revêtement épithélial qui, comme ces lobes, est prismatique et forme jusqu'à 5 et 6 couches de cellules (fig. 525); sur la trompe se trouvent un grand nombre de productions kystiques provenant des

tubes contournés de l'organe de Rosen Muller (fig. 520) ; dans certains cas les lobules sont revêtus d'un épithélium.

Fig. 520. — Tumeur végétante du péritoine pelvien (2e type) réduction au 3/5.

Symptomatologie. — Les signes généraux ne présentent rien de caractéristique ; ce sont ceux de tous les néoplasmes graves de la région abdominale : augmentation de volume du ventre, douleur, amaigrissement, facies cancéreux, etc.

C'est donc sur les signes physiques qu'il faut chercher à appuyer le diagnostic.

On constate par le toucher vaginal et la palpation la présence de

masses irrégulières dans le péritoine pelvien; elles sont molles, pâteuses, rarement circonscrites.

L'ascite se présente de bonne heure; on obtient par la ponction un

Fig. 521. — Tumeurs végétantes du péritoine pelvien (3e type).

liquide louche, brunâtre contenant de hématies, des leucocytes et des cellules graisseuses.

La *marche* de ces tumeurs est rapide aussitôt que survient l'ascite; le *pronostic* est toujours grave.

Traitement. — La ponction est parfois utile pour assurer le diagnostic; mais elle n'a aucune valeur curative.

L'ablation seule peut produire la guérison lorsque la maladie n'a pas encore produit de trop graves désordres.

Fig. 522. — Coupe d'un lobule isolé de la tumeur (grossissement : 12 diamètres).

Elle ne peut avoir lieu que par la laparotomie. Byford, de Chicago, Péan, Terrillon ont obtenu des succès.

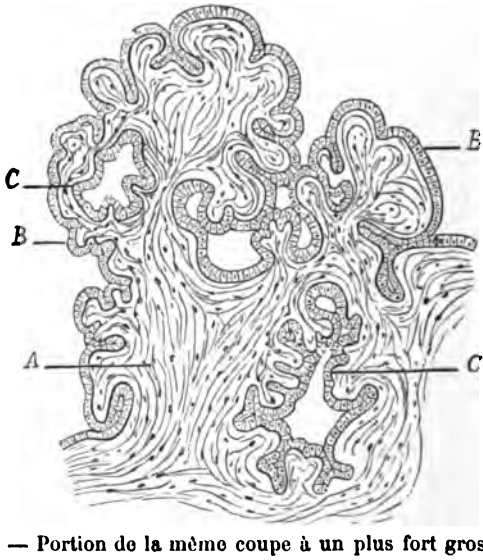


Fig. 523. — Portion de la même coupe à un plus fort grossissement.
A, tissu muqueux constituant la masse de la tumeur; B, revêtement épithélial; CC', petites cavités kystiques.

Voici les quelques particularités opératoires qu'il importe de signaler :

La malade est placée dans la position de Trendelenbourg et l'inci-

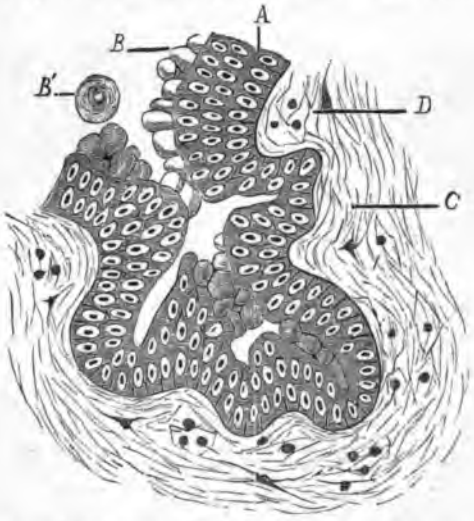


Fig. 524. — Tumeurs végétantes. Revêtement épithélial à un très fort grossissement.

A, couches stratifiées de cellules polyédriques. — BB', cellules superficielles en fonte séreuse. — CD, trame de la tumeur.

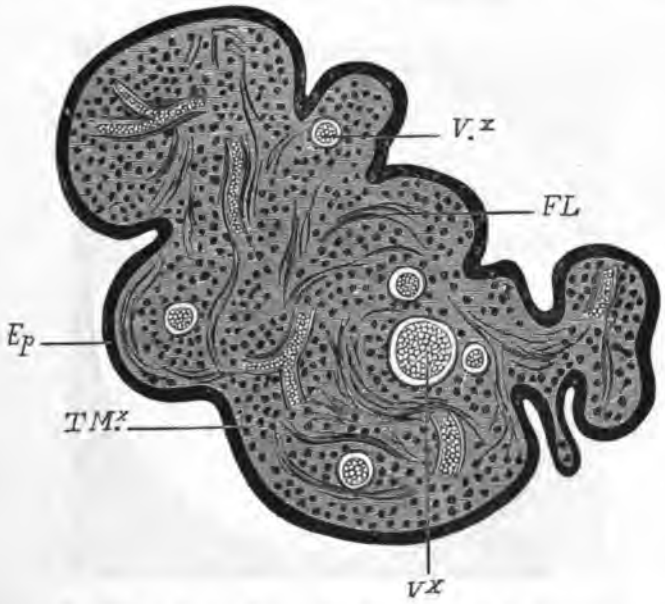


Fig. 525. — Coupe d'ensemble d'un lobule de la tumeur.

EP, revêtement épithélial des vaisseaux ; FL, faisceaux fibrillaires en voie de développement ; TMx, tissu muqueux proprement dit.

sion est faite assez largement pour permettre l'examen de la séreuse et l'exploration manuelle.

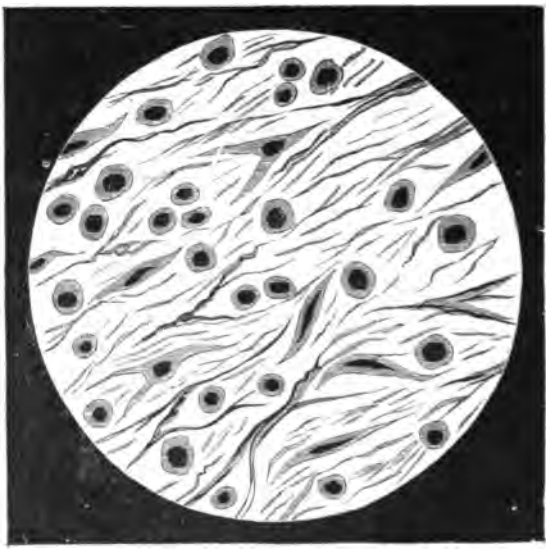


Fig. 526. — Aspect du tissu à la coupe. On voit avec le n° 7 de Vérick des fibrilles des éléments embryo et fibro-plastiques.

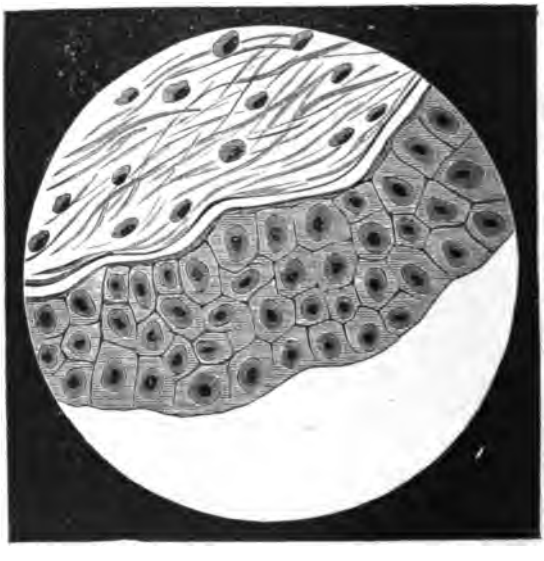


Fig. 527. — Revêtement épithélial avec basement membrane.

On enlève le liquide ascitique avec des compresses et on découvre

bien les tumeurs pour apprécier leur situation et leur nombre ; les plus grosses sont liées le plus près possible de leur implantation et les petites sont arrachées doucement avec l'ongle.

Il est de règle de pratiquer dans ces cas l'excision des trompes, des ovaires et des ligaments larges qui sont presque toujours altérés.

Il faut examiner avec soin le mésentère et l'épiploon pour en extraire les fragments de tumeurs qui ont pu s'y implanter.

La toilette du péritoine demande un soin particulier ; il faut une hémostase très soignée d'autant plus difficile que le péritoine est souvent très friable aux points d'implantations des tumeurs.

On se reportera aux chapitres consacrés à l'ovariotomie et aux laparotomies pour les détails complémentaires (incision abdominale, ligatures, sutures, etc.).

CHAPITRE V

MALADIES DES TROMPES, SALPINGITES

GÉNÉRALITÉS. — CLASSIFICATIONS

Ce n'est que que dans ces dernières années que le rôle important des trompes dans la propagation de l'infection et de l'inflammation péri-utérine a été bien établi. C'est d'abord Lawson-Tait qui, par de nombreuses salpingotomies, a prouvé jusqu'à l'évidence que la plupart des maladies annexielles étaient dues à une infection d'origine utérine; les nombreuses observations recueillies plus tard en France et en Allemagne ont éclairé d'un jour nouveau la pathologie des inflammations pelviennes.

On est vraiment surpris que des faits aussi simples et aussi rationnels aient été aussi longtemps à voir le jour. L'utérus et les trompes présentent en effet une étroite solidarité; non seulement leur origine embryonnaire est commune, mais la trompe n'est en réalité que le prolongement de la corne utérine; il n'y a entre les deux organes aucune solution de continuité.

Il est donc tout à fait rationnel d'admettre qu'une endométrite infectieuse ou même simplement inflammatoire se propage directement à la trompe pour provoquer une salpingite; un tel fait n'est pas plus surprenant que l'uréthrite provoquant la cystite ou que la cystite provoquant la pyélite par propagation directe, surtout si l'on admet l'action des microbes pathogènes.

Nous reconnaissons donc l'importance des trompes dans la pathogénie des inflammations pelviennes, mais nous pensons que quelques auteurs modernes sont allés trop loin en admettant que *toutes ces inflammations* sont dues à la voie salpingienne. Non seulement les inflammations péri-utérines peuvent avoir lieu par l'intermédiaire des lymphatiques utérins ainsi que l'a démontré Lucas-Championnière, mais la cellulite pelvienne et le phlegmon du ligament large peuvent exister à côté de trompes et d'ovaires parfaitement indemnes.

Les salpingo-ovarites ont donné lieu à un nombre considérable de travaux pendant ces dernières années ; il nous est impossible de les analyser dans un manuel; nous citerons seulement parmi les auteurs qui ont le plus contribué à élucider la pathologie de ces affections les noms de Lawson-Tait, Hegar, Bouilly, Pozzi, Hartmann, Martin, Delbet, Veit, Segond, Verchère.

L'analogie des symptômes et la coïncidence fréquente des deux affections ont fait réunir, dans la plupart des ouvrages modernes, la description de la salpingite et de l'ovarite sous une même rubrique : *salpingo-ovarite* ou *oophoro-salpingite*. Nous ne croyons pas devoir imiter cet exemple. Si l'ovarite accompagne souvent la salpingite, il n'en est pas toujours ainsi. Les maladies des trompes présentent en outre, en dehors des affections inflammatoires et infectieuses, des variétés pathologiques qui n'ont aucun rapport avec l'ovaire (hématosalpinx, hydro-salpinx. etc.). Nous consacrerons donc, comme dans nos éditions précédentes, un article distinct aux affections de la trompe et à celles de l'ovaire.

Nous pensons également qu'on a abusé de la classification à propos des salpingites. Non seulement les variétés décrites reposent plutôt sur des caractères anatomiques que cliniques, mais elles sont trop nombreuses pour figurer dans un manuel; c'est ainsi qu'on a décrit des *endo* et des *péri-salpingites ;* des *salpingites catarrhales*, *purulentes*, *hyperplastiques*, *puerpérales*, *hémorragiques*, *folliculaires*, *séreuses*, etc. Si l'anatomie pathologique permet d'accepter toutes ces divisions, la clinique s'y refuse absolument.

En prenant cependant l'anatomie pathologique pour base nous décrirons deux formes de salpingites :

La *salpingite simple non suppurée aiguë ou chronique.*

La *salpingite kystique* qui comprend le *pyo-salpinx*, l'*hématosalpinx* et l'*hydro-salpinx.*

1° *Salpingites simples ou non kystiques.*

Il faut encore distinguer une forme *aiguë* et une forme *chronique.*

A. **Salpingite aiguë.** — La *salpingite aiguë* survient à la suite d'une inflammation utérine; elle est presque toujours d'origine infectieuse (blennorrhagie) ; elle se traduit par une augmentation de volume de la trompe; le tissu conjonctif présente les lésions de l'œdème et il se produit une infiltration embryonnaire qui aboutit à la sclérose ou à la suppuration (pyo-salpinx).

Les *symptômes* sont ceux de toutes les inflammations péri-utérines

localisées : le diagnostic différentiel présente donc de sérieuses difficultés ; cependant, lorsqu'une femme est prise rapidement d'une douleur aiguë siégeant au niveau des trompes et qu'il existe en même temps une *affection blennorrhagique* du vagin et de l'utérus, on doit penser à une salpingite.

La présence fréquente du gonocoque dans les salpingites suppurées permet en effet d'assimiler l'inflammation des trompes à celle des testicules. On peut avec raison comparer le pavillon de la trompe à l'épididyme et il est vraisemblable que le mécanisme de l'infection est le même dans la tubo-ovarite que dans l'orchite.

La *salpingite aiguë* est extrêmement fréquente chez les jeunes mariées à la suite des premiers rapports sexuels ; elle doit être attribuée non seulement au traumatisme vulvaire et à l'inflammation des organes génitaux qui est la conséquence d'un coït brutal, mais à l'inoculation du virus blennorrhagique que beaucoup d'hommes recèlent dans leur urètre (goutte militaire).

De même que les orchites, les salpingites aiguës ne se terminent pas nécessairement par la suppuration ; elles peuvent guérir sans complication ou passer à l'*état chronique*.

B. **Salpingite chronique.** — C'est l'*endo-salpingite* ou *salpingite catarrhale* des auteurs.

Elle survient le plus souvent à la suite de la salpingite aiguë non suppurée ; on observe sur la muqueuse les lésions habituelles de l'inflammation chronique ; elle est épaissie et parfois recouverte de végétations exubérantes (*salpingite végétante*).

Dans la première période de la maladie la trompe est épaissie et son calibre augmenté ; à une période plus avancée, le tissu fibreux se constitue dans l'intérieur de la paroi, comble les vaisseaux et atrophie l'organe.

Le canal de la trompe peut donc être rétréci ou dilaté. G. Thomas fait justement remarquer que c'est probablement cette altération du calibre des tubes qui a donné lieu aux divergences observées par les auteurs en ce qui concerne les injections intra-utérines. Il est admissible que lorsque l'action constrictive des sphincters des tubes est détruite, le fluide, poussé violemment dans l'utérus, puisse traverser ces tubes, pénétrer dans le péritoine et déterminer soit une salpingite, soit une péritonite.

Cet auteur rapporte deux faits d'une authenticité incontestable dans lesquels il pu, après quelques tâtonnements, faire pénétrer la

sonde dans la trompe droite et obtenir ainsi une profondeur totale de 12 centimètres. Hildebrand, cité par Barnes, a fait également connaître deux cas dans lesquels il a pu faire pénétrer la sonde dans les trompes, et des observations analogues ont été publiées par Veit, Mattews Duncan, Nœggerath et autres auteurs.

Terrillon a décrit une *salpingite tuberculeuse* qui est caractérisée par

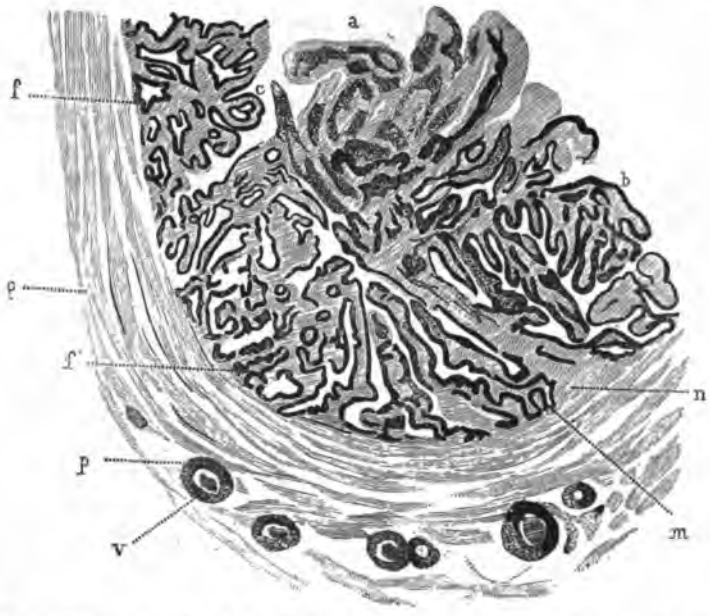


Fig. 528. — Salpingite catarrhale (forme végétante). Coupe de la trompe à la limite de son tiers externe et de son tiers moyen (*).

m, petite végétation, isolée à extrémité renflée ; *a*, végétations épaissies, œdématiées. — *b*, végétations arborescentes réunies en paquets. — *n*, grande travée fibreuse vascularisée qui partage presque entièrement la cavité de la trompe et qui donne naissance sur tout le trajet à des végétations secondaires. — *ff*, végétations réunies par leur sommet. — P, paroi épaissie de la trompe. — V, vaisseaux dilatés.

la présence, dans la pyosalpingite, de tubercules. Cette variété devient le point d'une tuberculisation qui se généralise rapidement.

Symptômes. — Il est presque impossible de décrire les symptômes de la salpingite aiguë qui sont à peu près identiques à ceux de la péritonite partielle. La salpingite chronique peut exister pendant des années et produire la dilatation des trompes sans donner lieu à des signes appelant sérieusement l'attention. La péritonite se montre quelquefois pendant le cours de la maladie ce qui rend encore le diagnostic plus difficile.

Anatomie pathologique. Histologie. — Les modifications de la muqueuse dans les diverses salpingites ont été fort bien étudiées par

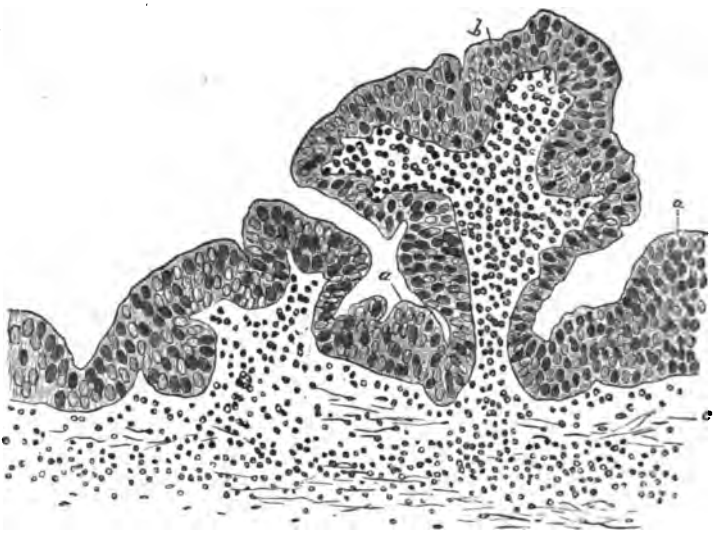


Fig. 529. — Végétation papillaire de la muqueuse tubaire dans un cas de salpingite chronique (coupe verticale), (Kaltenbach et Eberth).

aa, épaississement primitif de l'épithélium; *bb*, petites villosités conglomérées de la muqueuse; *c*, muqueuse infiltrée de cellules rondes.

Cornil. Il existe une hypersécrétion muqueuse et une exagération de la desquamation épithéliale.

Dans la forme désignée par les auteurs sous le nom de *salpingite catarrhale*, la trompe est hypertrophiée, les franges du pavillon épaissies et œdématiées rayonnent autour de l'ostium abdominal devenu corolliforme. La lumière est remplie de végétations formées aux dépens de la muqueuse; quelques-unes s'anastomosent par leur sommet; la surface de ces végétations est recouverte d'épithélium normal ou privée par endroits de ses cils vibratiles. Ce sont ces diverses lésions qui avaient fait donner à cette forme d'inflammations de la trompe le nom de *salpingite végétante* (fig. 528).

Ces mêmes hypertrophies végétantes avaient déjà été signalées par Eberth et Kaltenbach (fig. 529).

Dans d'autres cas, on trouve sur la muqueuse tubaire des papilles ramifiées plus ou moins longues, représentant assez bien une végétation en chou-fleur; à la coupe on constate des végétations et des dépressions interpapillaires (fig. 530). Ces végétations semblent avoir une tendance à subir la dégénérescence kystique.

Dans la salpingite d'origine blennorrhagique on trouve également des végétations (fig. 531) ; la trompe est distendue par du pus ou du

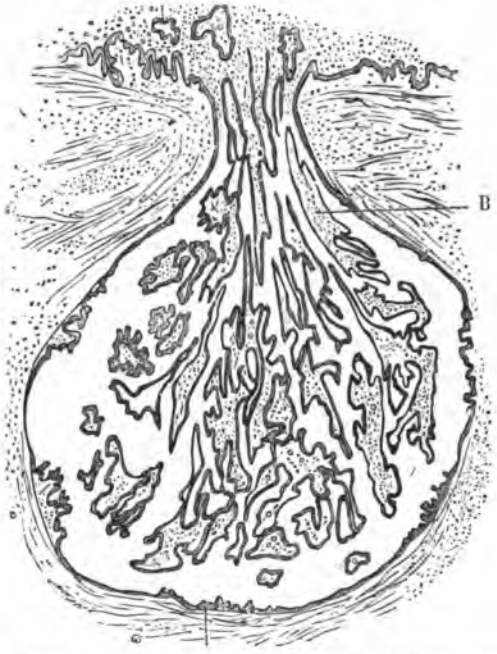


Fig. 530. — Coupe transversale de la muqueuse dans une dépression inter-papillaire.

A, papilles épithéliales de la surface ; B, papilles ramifiées rencontrées transversalement et longitudinalement dans la dépression ; C, bourgeonnement papillaire de l'épithélium (Eberth et Kaltenbach).

mucus dans lequel on trouve surtout des leucocytes et des cellules cylindriques à cils vibratiles ayant subi la dégénérescence muqueuse.

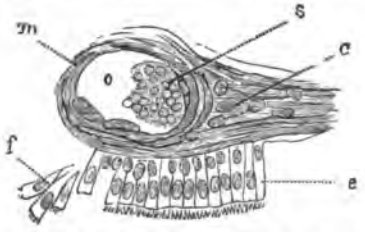


Fig. 531. — Portion de végétation d'une salpingite blennorrhagique.

o, vaisseau central dilaté et rempli de sang (S) ; M, paroi mince comme celle d'un capillaire ; c, tissu conjonctif ; E, revêtement épithélial avec cellules cylindriques à cils vibratiles dont quelques-uns sont en voie de se détacher (F).

La figure 532 représente la coupe transversale de la trompe dans un cas où l'origine blennorrhagique de l'affection n'était pas douteuse.

Dans l'observation qui a servi de base à cette étude histologique (Terrillon et Klippel), on a vainement cherché les microbes de la blennorrhagie.

L'absence de bacilles pathogènes ne permettrait cependant pas de conclure à la non-infection spécifique ; le microbe de Neisser a

Fig. 532. — Salpingite blennorrhagique (coupe transversale de la trompe).

P, paroi tubaire ; V, vaisseaux dilatés et remplis de sang ; F, végétation ; *o*, lacunes situées entre les villosités et remplies de muco-pus constitué par des cellules épithéliales détachées et quelques cellules lymphatiques.

du reste été rencontré dans le liquide morbide des trompes par Orthmann, Westermak et plusieurs autres observateurs.

Traitement. — Il est inutile de répéter ici ce que nous avons dit pour la péritonite pelvienne, le phlegmon péri-utérin et les inflammations de l'appareil utérin avec lesquelles la salpingite présente au point de vue thérapeutique la plus grande analogie. Il nous suffira de renvoyer au chapitre consacré au traitement chirurgical des lésions des annexes.

II. — Salpingites kystiques

Il y a trois variétés bien distinctes : le *pyo-salpinx*, l'*hémato-salpinx* et l'*hydro-salpinx*.

A. **Pyo-salpinx.** — Les diverses altérations pathologiques que nous venons de décrire peuvent oblitérer les orifices de la trompe et favoriser l'enkystement des produits morbides ; c'est ainsi que se produit le plus souvent le pyo-salpinx qui s'observe soit dans la forme aiguë de la salpingite, soit dans la forme chronique.

La collection purulente se développe généralement dans le pavillon

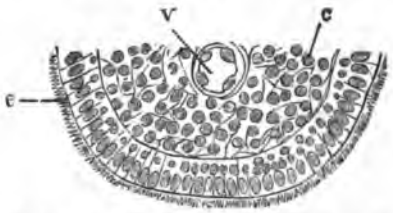


Fig. 533. — Salpingite (portion d'une végétation intra-tubaire).

v, vaisseau central de la végétation ; *c*, tissu conjonctif de la végétation épaissi et rempli de cellules rondes ; *e*, cellules cylindriques à cils vibratiles formant un revêtement complet à la végétation.

externe de la trompe ; elle peut également se produire entre le pavillon de la trompe et l'intestin.

La trompe, distendue par le pus enkysté, peut atteindre et même dépasser le volume du poing ; elle présente dans son ensemble l'aspect d'une corne dont la partie large est constituée par l'extrémité interne (fig. 534).

Le pus contenu dans la trompe est généralement jaune crémeux ; il contient souvent le gonocoque de Neisser qui en indique l'origine blennorrhagique. L'absence de cet agent pathogène ne permettrait pas cependant de conclure à l'existence d'une maladie non infectieuse. D'après les statistiques de Martin et de Hartmann on ne le trouve que dans 30 cas sur 100.

Symptomatologie. — Il n'existe pas de symptômes positifs permettant de diagnostiquer le pyo-salpinx ; on trouve par la palpation bimanuelle une petite tumeur annexielle plus ou moins douloureuse ; c'est par l'étude des antécédents qu'on arrivera à soupçonner l'existence du pus ; il est donc impossible de préciser avant l'intervention les caractères qui peuvent différencier les diverses variétés de kystes tubaires.

La tumeur formée par une salpingite kystique est en général plus mobile que celle formée par la cellulite pelvienne et surtout par le phlegmon du ligament large. Elle ne présente pas comme les autres abcès pelviens, une aussi grande tendance à s'ouvrir spontanément.

Traitement. — Il est essentiellement chirurgical et consiste dans l'ablation de l'annexe malade (salpingotomie). Nous décrirons plus loin cette opération.

B. **Hémato-salpinx.** — La tumeur est alors constituée par du sang emprisonné dans la trompe. D'après Veit la plupart des hémato-sal-

Fig. 534. — Pyo-salpinx. Aspect de la tumeur formée par la trompe.

pinx ont pour origine des grossesses tubaires méconnues ; c'est une opinion très soutenable et nous renvoyons sur ce point à l'étude étiologique très complète que nous avons faite des grossesses extra-utérines (voy. p. 60).

Il faut cependant admettre la possibilité d'un hémato-salpinx indépendant de la conception par rétention du sang menstruel dans les cas assez nombreux où la trompe est obstruée à la suite des lésions que nous avons décrites en parlant de la salpingite chronique.

Il peut en outre se produire une *Apoplexie de la trompe*, accident considéré comme fréquent dans certains cas de dysménorrhée, à la suite d'abus sexuels, de fatigues pendant la menstruation, etc. ; il se produit dans ce cas une petite hémorragie et le petit caillot qui en résulte se résorbe le plus souvent.

Mais ce qui caractérise l'hémato-salpinx, c'est la présence d'une tumeur sanguine *enkystée ;* pour qu'une lésion semblable se produise

il faut admettre soit une grossesse tubaire enrayée à son début, soit une apoplexie tubaire survenant dans une trompe oblitérée.

Symptomatologie. — Les signes qui peuvent révéler l'existence de l'hémato-salpinx sont les mêmes que ceux que nous avons décrits pour le pyo-salpinx. La tumeur sanguine enkystée est en général moins douloureuse et moins adhérente que lorsqu'il existe un abcès tubaire.

Traitement. — On doit traiter par l'expectation ou par des moyens purement médicaux les hémato-salpinx qui n'occasionnent pas de troubles graves. Dans quelques cas cependant la tumeur est assez douloureuse et assez volumineuse pour justifier la salpingotomie.

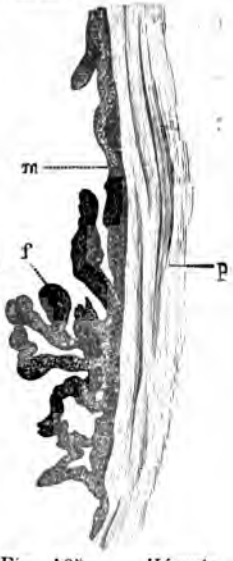


Fig. 535. — Hématosalpinx. Coupe de la paroi tubaire.

p, paroi mince de la trompe; *m*, muqueuse infiltrée de pigment sanguin; *f*, végétations groupées.

C. **Hydro-salpinx.** — Cette affection a été décrite très anciennement sous le nom d'*hydropisie tubaire* ou *salpingite séreuse*.

Dans ce cas la trompe est distendue par un liquide aqueux, filant, souvent transparent, plus rarement floconneux ou louche. On y trouve des globules blancs ou rouges et des cellules épithéliales.

Les kystes tubaires doivent être différenciés des kystes ovariens ou des kystes provenant des follicules de de Graaf qui peuvent exister simultanément.

La tumeur produite par l'hydro-salpinx peut acquérir le volume du poing et même plus ; elle présente l'aspect d'une poire ou d'une vessie allongée.

Symptomatologie. — Est-il possible de diagnostiquer l'hydro-salpinx ?

Landau dit que dans l'hydropisie tubaire, l'utérus semble, à l'examen digital, reposer sur un coussin d'air et présenter ainsi une sorte d'élasticité.

Dans les cas où l'hydro-salpinx s'est formé sans déterminer d'accidents inflammatoires, on pourra en soupçonner l'existence en pratiquant la palpation bimanuelle qui révélera l'existence d'une tumeur annexielle libre et peu douloureuse.

On a signalé des cas dans lesquels l'hydropisie tubaire volumineuse laissait échapper du liquide par les voies génitales lorsqu'on comprimait la tumeur.

Auvard donne les signes suivants : « Quand les symptômes douloureux sont faibles, que l'affection a suivi une marche essentiellement chronique sans épisode pathologique saillant, quand, en outre, la santé générale est bonne et qu'il n'y a pas de fièvre, l'hydro-salpinx devient probable ».

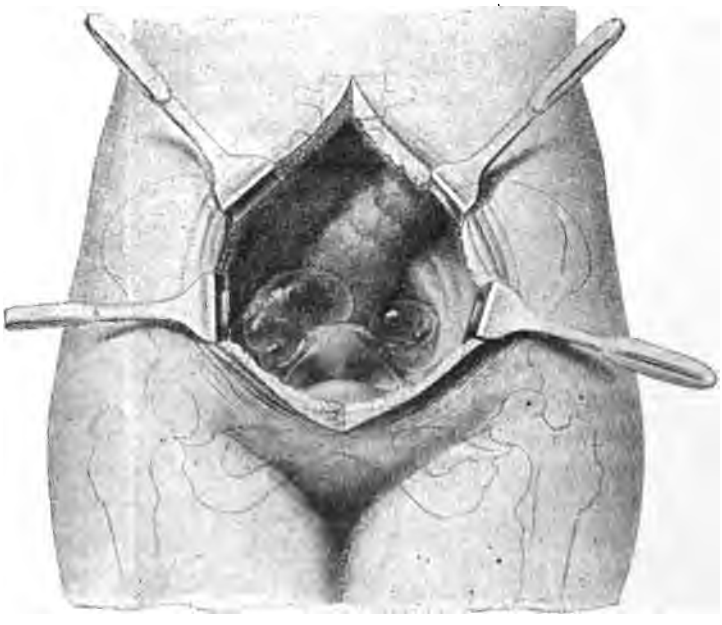


Fig. 536. — Hydro-salpinx double (Cullen et Byford), Les trompes sont dilatées par un liquide semi-transparent en arrière de l'utérus. On voit en avant l'utérus, les ligaments ronds et la vessie.

Traitement. — Lorsque la tumeur est indolente et ne donne lieu qu'à des symptômes anodins, on la traitera par l'expectation ; lorsqu'elle est volumineuse il faut en pratiquer l'extirpation par la laparotomie dans la crainte de la voir se rompre dans la cavité abdominale.

§ 2. — Rétrécissement et dilatation des trompes.

Rétrécissement. — Les trompes peuvent être, après avoir atteint leur complet développement, le siège de rétrécissements. Les principales causes qui déterminent cette structure sont :

Les dépôts calcaires, l'atrophie sénile, la salpingite et la pelvi-péritonite.

Il n'est pas nécessaire de dire que l'oblitération complète ou partielle du canal détermine la stérilité lorsqu'elle porte sur les deux côtés. Dans les cas où l'oblitération affecte chacune des extrémités de la trompe, elle peut donner lieu à une accumulation de sang ou de liquides séreux, affection désignée sous le nom d'*hydropisie tubaire*.

L'étude des rétrécissements des trompes de Fallope, qui présente un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique, n'a qu'une importance clinique secondaire. Le médecin est en effet dans l'impossibilité de diagnostiquer et de traiter ces états morbides.

Distension. — Elle est la conséquence du rétrécissement. Les trompes de Fallope peuvent être, en effet, lorsqu'elles sont oblitérées à leurs extrémités, distendues par l'accumulation de mucus, de sang menstruel ou par la sérosité sécrétée par la muqueuse altérée. Cet état détermine l'*hydropisie tubaire* dont nous venons de parler. Lorsque la distension est considérable, le liquide accumulé force l'obstacle et pénètre tantôt l'utérus, tantôt dans la cavité péritonéale par l'extrémité fibrillée de la trompe. Dans d'autres cas plus rares elle peut déterminer une rupture du tube. Ces accumulations de liquide peuvent donner lieu à la formation de tumeurs plus ou moins volumineuses qui ont été désignées sous le nom de *kystes par rétention*.

Dans les cas où la tumeur ainsi produite a atteint un certain volume, le diagnostic est extrêmement difficile et même souvent impossible. Voici comment Gaillard Thomas propose de résoudre la question : on sent une tumeur mobile, allongée et fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas un peu en dehors de la ligne médiane; cette tumeur est dépressible et peut aisément être séparée de l'utérus. Scanzoni et Kiwisch déclarent que, lorsqu'on trouve sur un des côtés de l'utérus une tumeur élastique mobile et de forme allongée, on peut diagnostiquer une hydropisie tubaire, mais ils affirment que le diagnostic est impossible dans la grande majorité des cas.

Le traitement consiste, lorsque le diagnostic est bien établi, à ponctionner la tumeur soit par le vagin, soit par l'hypogastre. La salpingotomie est également indiquée. On se reportera pour cette question au traitement des tumeurs ovariques.

§ 3. — Déplacements des trompes.

Les trompes peuvent subir des déplacements fréquents et variés. Dans l'inversion de l'utérus, elles sont généralement entraînées dans la cavité de l'organe inversé. Elles peuvent également faire hernie dans les orifices cruraux et inguinaux. Le plus souvent le déplacement d'une trompe entraîne celui de l'ovaire correspondant, mais on a cependant observé des cas où la trompe seule est déplacée.

§ 4. — Autres affections des trompes.

Les trompes peuvent encore être affectées par le cancer, la tuberculose (fig. 537), etc.; ces diverses affections ne présentent aucun

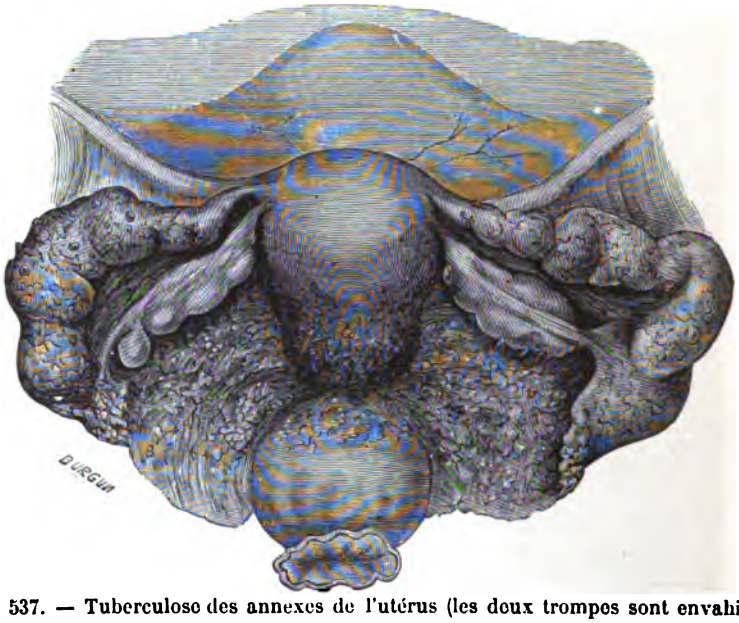


Fig. 537. — Tuberculose des annexes de l'utérus (les deux trompes sont envahies).

caractère spécial et sont le plus souvent d'un diagnostic difficile, pour ne pas dire impossible, sur le vivant. Nous ne faisons donc que le signaler.

CHAPITRE VI

MALADIES DES OVAIRES. OVARITES
ANOMALIES DE L'OVAIRE

La plupart des auteurs classiques donnent de longues descriptions de l'ovarite, qu'ils divisent en *parenchymateuse*, *folliculaire*, *péritonéale*, etc. Nous ne les suivrons pas dans cette voie, parce que nous pensons que l'ovarite en est rare tant qu'affection inflammatoire isolée, qu'elle est difficile à diagnostiquer et à traiter, et qu'elle est presque toujours accompagnée d'une métrite, d'une salpingite ou d'une pelvi-péritonite qui en masque les symptômes. Il est, la plupart du temps, impossible de distinguer les signes de l'ovarite de ceux qui résultent de l'inflammation des tissus ambiants.

Nous admettrons cependant deux variétés en nous plaçant sur le terrain anamo-pathologique : l'*ovarite simple* et l'*ovarite kystique*.

Étiologie. — Comme nous l'avons dit, l'ovarite est presque toujours la conséquence d'une pelvi-péritonite ou d'un phlegmon périutérin. L'ovaire participe alors à la phlegmasie, ainsi que le tissu cellulaire pelvien qui l'entoure.

Mais l'inflammation de l'ovaire est le plus souvent la conséquence d'une extension de l'infection blennorrhagique partie de l'utérus et gagnant la glande par les trompes. On se reportera sur ce point à ce que nous avons dit dans l'article précédent à propos de la salpingite.

A. **Ovarite simple**. — Quelques auteurs ont contesté l'existence des inflammations ovariennes, en tant qu'affection distincte et isolée. Il existe cependant des faits authentiques, quoique rares, dans lesquels la glande, atteinte seule, suppure indépendamment de la trompe. Dans ces cas l'inflammation porte surtout sur le revêtement séreux ; on aurait alors une affection analogue à la vaginalite de l'homme. Cependant, lorsque le revêtement séreux est atteint, la glande est augmentée

de volume et le parenchyme participe plus ou moins à la phlegmasie.

Dans la forme chronique qui succède le plus souvent à l'état aigu, les lésions sont celles de la sclérose et l'organe arrive graduellement à l'atrophie et à la suppression de la fonction.

La suppuration de l'ovaire a lieu à la suite de l'ovarite aiguë lorsque la glande ne subit pas la dégénérescence sclérotique. Des observations bien établies démontrent que l'ovaire peut suppurer alors que la trompe est indemne ; mais ce sont des cas exceptionnellement rares.

Symptômes. — Les symptômes de l'ovarite aiguë ressemblent tellement à ceux de la pelvi-péritonite et de la cellulite, qu'il est difficile de les décrire séparément. Il est cependant possible, dans quelques cas, de constater, au niveau de l'ovaire, une douleur violente, profonde, pongitive, accompagnée de fièvre, de nausées et de vomissements.

La douleur provoquée est très vive et elle devient excessive lorsqu'on pratique la palpation abdominale combinée avec le toucher vaginal. Ce mode d'exploration permet, dans certains cas, de constater la lésion locale, mais nous ne conseillons pas d'y avoir recours à cause de la vive douleur qu'il détermine.

La maladie se termine par la résolution, par suppuration ou par le passage à l'état chronique.

Lorsqu'il y a suppuration, le pus formé dans la glande ou dans son voisinage peut se frayer un passage dans le péritoine, le rectum, le vagin ou la vessie. Il est néanmoins probable que la plupart des abcès ovariques observés par les anciens auteurs étaient des salpingites suppurées. Dans quelques cas, on a cependant trouvé à l'autopsie les deux ovaires dégénérés et transformés en deux poches purulentes.

Traitement. — Nous ne décrirons pas le traitement de l'ovarite qui n'a rien de spécial et qui présente la plus grande analogie avec celui du phlegmon péri-utérin et de la péritonite pelvienne. On combattra la phlegmasie par des excisions sanguines locales et la douleur par des opiacés administrés de préférence par le rectum. Si la suppuration est nettement établie on pratiquera la salpingotomie.

B. **Ovarite kystique.** — On a admis un assez grand nombre de variétés qui répondent à des lésions anatomo-pathologiques, mais qui ne présentent pas des caractères cliniques assez tranchés pour que nous

leur donnions de longs développements. En dehors des gros kystes folliculaires sur lesquels nous aurons à revenir en traitant des kystes de l'ovaire, nous n'admettrons que deux variétés d'ovarite kystique : l'*ovarite hémato-kystique* et l'*ovarite hydro-kystique*. La première est constituée par des petits hématomes siégeant dans les follicules, la seconde par des petites lacunes contenant un liquide séreux. Il ne faut pas confondre ces pseudo-kystes avec les kystes ovariens proprement dit ou *kystes géants*.

On rencontre également dans l'ovaire des *petits abcès enkystés* qui siègent dans le tissu conjonctif et proviennent de la suppuration des follicules.

Mais, nous le répétons, ces diverses lésions de l'ovaire ne peuvent être diagnostiquées pendant la vie ou avant l'ouverture abdominale ; leur intérêt est donc purement pathologique.

ANOMALIES DE L'APPAREIL OVARIEN

Nous étudierons sous ce titre les vices de conformation et les déplacements de l'ovaire (voy. le chapitre *Anatomie*, p. 39).

A. **Absence des ovaires**. — L'absence congénitale des ovaires est rare et accompagne généralement un manque de développement de tout l'ensemble de l'appareil génital. L'absence peut porter sur les deux ovaires ou sur un seul, mais elle porte plus souvent sur les deux.

Cette anomalie ne peut du reste qu'être soupçonnée pendant la vie et n'être constatée d'une façon certaine que par l'autopsie. On peut cependant la supposer lorsque le peu de développement physique de la femme coïncide avec un arrêt de développement des organes génitaux externes et l'absence de la menstruation.

Ovaires surnuméraires. — Si l'absence complète des ovaires est rare, les ovaires surnuméraiees sont encore plus rares. Beigel prétend en avoir rencontré un certain nombre ; mais il est probable qu'il a considéré comme tels de petits fibromes, parsemés de cellules à épithélium vibratile et dont de Sinéty a signalé la fréquence dans le voisinage des ovaires.

B. **Arrêt de développement et atrophie des ovaires**. — L'arrêt de développement des ovaires est également très difficile à diagnostiquer pendant la vie ; on ne peut guère qu'en supposer l'existence d'après

l'arrêt de développement des autres organes génitaux, l'absence de la fonction menstruelle et le manque de vigueur physique et mentale.

L'*atrophie des ovaires* qui se manifeste ordinairement après la ménopause, peut avoir lieu prématurément à la suite de circonstances diverses. Parmi les causes qui peuvent produire cet état, Gaillard Thomas cite les inflammations ovariennes, la péritonite et le phlegmon pelvien. Mais les causes de l'atrophie prématurée des ovaires sont généralement peu connues.

Ces deux états ne sont pas susceptibles d'aucun traitement chirurgical. Quelques auteurs conseillent cependant d'exciter les ovaires en s'adressant à l'utérus qui a des sympathies si étroites avec ces organes. C'est ainsi que Gaillard Thomas propose d'introduire de temps en temps une éponge dans l'orifice utérin afin de préparer l'utérus au processus menstruel et d'occasionner un certain degré d'hypérémie des ovaires. On a conseillé également l'emploi de l'électricité. Dans tous les cas il faut chercher à améliorer l'état général par des toniques et des reconstituants.

C. **Déplacement des ovaires.** — Les ovaires peuvent être l'objet de déplacements étendus ; ils peuvent même sortir de la cavité pelvienne et déterminer une sorte de hernie. Les causes qui peuvent occasionner des déplacements ovariens sont nombreuses. En premier lieu, il faut citer l'ovarite et la grossesse ovarienne qui agissent en augmentant le poids de l'organe; les rétractions des trompes et les adhérences résultant de la péritonite qui agissent par traction ; enfin la grossesse, les déplacements de l'utérus, la hernie d'un viscère abdominal qui agissent de la même façon.

On peut, dans quelques cas rares, trouver l'organe déplacé et hypertrophié, soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans le canal inguinal, le sac dartoïde ou les grandes lèvres : Kiwisch a rapporté un cas dans lequel un ovaire avait pénétré dans le *foramen oval.*

Les déplacements des ovaires n'occasionnent pas en général des symptômes graves et caractéristiques à moins que ces organes ne fassent partie d'une hernie intestinale ou ventrale, ce qui est extrêmement rare. Il faut néanmoins apporter le plus grand soin à reconnaître ces déplacements afin d'éviter toute erreur de diagnostic qui pourrait occasionner une intervention chirurgicale aussi inutile que dangereuse.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUPPURATIONS PELVIENNES

OUVERTURE DES ABCÈS PELVIENS. — PONCTION. — INCISION VAGINALE. — SALPINGOTOMIE. — SALPINGECTOMIE. — LAPAROTOMIE. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — PÉRINÉOTOMIE.

Nous avons donné, en traitant de chacune des maladies inflammatoires péri-utérines, le *traitement médical* qui doit toujours être appliqué avant d'avoir recours aux ressources suprêmes de la *chirurgie ablative*. Il ne suffit pas qu'une femme souffre dans la région pelvienne pour qu'on soit autorisé à pratiquer la laparotomie et à lui enlever ses annexes. Toute notre génération a été scandalisée par les abus commis pendant ces dernières années ; si l'exemple venait de l'étranger, il n'en était pas meilleur pour cela.

Sauf quelques cas exceptionnels où l'intervention est urgente, les inflammations péri-utérines doivent donc d'abord être traitées par les *moyens médicaux* ou tout au moins par ceux qui sont du ressort de la petite chirurgie.

Ces moyens ont déjà été décrits ; ils consistent dans le repos, les révulsifs, les pansements vaginaux à la glycérine solidifiée, les injections prolongées d'eau chaude, les évacuations sanguines locales, etc.

Le *massage de l'utérus et des annexes* constitue un excellent traitement des adhérences consécutives aux adhérences pelviennes non suppurées ; nous lui avons consacré un chapitre spécial (voy. p. 142).

Le *traitement intra-utérin* (dilatation, curettage, injections intra-utérines) a été appliqué avec succès dans certaines salpingites suppurées et enkystées. Dans quelques cas on a obtenu l'évacuation de la collection de la trompe par la *dilatation permanente* et le *drainage utérin*. Quoique ce procédé ne soit applicable qu'à un petit nombre de cas, il faut y penser, avant de procéder aux grands moyens que la chirurgie a mis récemment à notre disposition.

Cependant il ne faut pas trop généraliser la pratique de l'expectation, surtout dans les suppurations pelviennes non enkystées. Aussitôt que le pus est localisé et qu'on peut en reconnaître le siège, il est préférable de lui favoriser une issue que de laisser se frayer lui-même un chemin au milieu des tissus si délicats qui avoisinent le péritoine, l'utérus, le rectum ou la vessie.

Les moyens que la chirurgie met à notre disposition, soit pour évacuer les abcès pelviens, soit pour enlever les collections enkystées, sont les suivants :

Pour l'évacuation des abcès pelviens :

La ponction par la voie vaginale ;
L'incision par la voie vaginale ;
L'incision par le périnée (périnéotomie) ;
La laparotomie sous-péritonéale ;
L'hystérectomie vaginale.

Pour l'ablation des collections kystiques de la trompe :

La salpingectomie.

Nous allons examiner séparément chacune de ces méthodes opératoires.

OUVERTURE DES ABCÈS PELVIENS

Nous avons dit que, lorsque la collection purulente est bien constatée, il faut aller à sa recherche et l'ouvrir.

Le mode d'intervention varie selon le point où vient proéminer l'abcès ; l'abcès est accessible *par le vagin*, *par le rectum*, par la *paroi abdominale ;* enfin il s'est infiltré dans le *plancher pelvien* qui se trouve transformé en une sorte d'éponge purulente.

A. **Ouverture par le vagin.** — Lorsque l'abcès est accessible par le vagin, deux procédés sont préconisés pour en opérer l'évacuation : la *ponction* et l'*incision.*

1° *Ponction.* — Préconisée autrefois par Simpson, pratiquée par Tenneson et plusieurs chirurgiens, ce traitement a été érigé en une véritable méthode par Laroyenne. Il a joui d'une grande vogue et nous devons lui consacrer une description spéciale.

Méthode de Laroyenne. — La malade est anesthésiée et placée dans la position obstétricale. Un examen attentif est pratiqué, avant et après l'anesthésie, pour s'assurer de l'étendue des poches, de leurs adhérences probables et de la situation des organes pelviens. Un aide

excerce une pression sur la paroi abdominale pour faire saillir les poches et offrir une résistance au trocart.

Le trocart spécial, de gros calibre, est ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de rainure directrice d'une sorte de sonde cannelée pour permettre après la ponction de guider dans le foyer purulent un lithotome avec lequel on opère ensuite un débridement latéral ; il a la longueur d'un hystéromètre ordinaire et est légèrement recourbé.

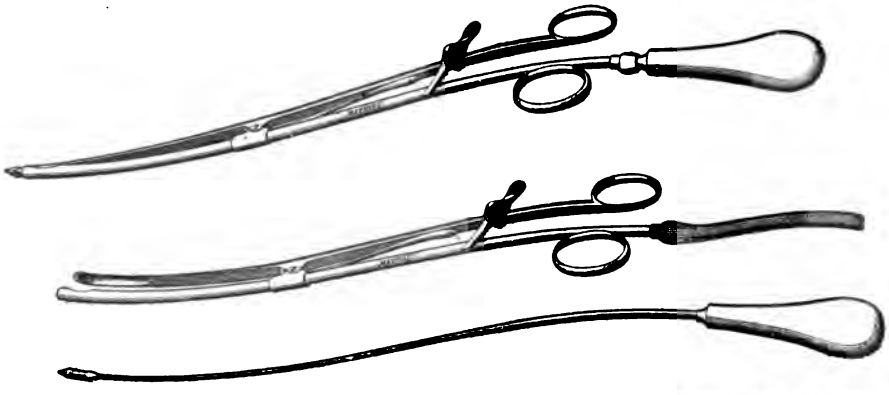


Fig. 538. — Pince-trocart dilatateur de Reverdin servant à la dilatation et au lavage de la cavité.

Il faut s'assurer, avant d'introduire le trocart, de la situation de l'artère utérine et de la position du rectum et de la vessie ; le point favorable est généralement en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du col.

Il faut guider l'instrument avec l'index gauche ; une fois qu'il a pénétré dans la poche, on retire la pointe et on introduit dans la canule un lithotome analogue au métrotome de Simpson, qui, ramené au dehors, débride l'ouverture de l'abcès.

Ce débridement permet de pénétrer dans la poche avec le doigt, de rechercher et d'ouvrir les poches secondaires s'il en existe ; on introduit ensuite un tube de verre à extrémité olivaire pour faire des injections antiseptiques ; on peut ensuite laisser à demeure un drain en croix.

On ne devra pas injecter plus de liquide dans la poche que la quantité de pus extraite, dans la craindre de la rompre.

Telle est la méthode de Laroyenne ; nous verrons plus loin quels sont ses inconvénients et dans quels cas spéciaux il convient de l'appliquer.

Auguste Reverdin a perfectionné la technique opératoire en pro-

posant une pince spéciale (fig. 538) qui sert de trocart pour pénétrer dans la cavité de l'abcès. Cette pince qui se dilate, une fois que la ponction a révélé la présence du pus, permet en même temps d'effectuer le lavage nécessaire avant l'introduction du drain.

2° *Incision.* — Il y a longtemps que les chirurgiens de toutes les époques ont incisé les collections purulentes pelviennes lorsqu'elles bombaient dans le cul-de-sac postérieur.

Même dans le cas où le pus ne proémine pas immédiatement contre la paroi vaginale nous pensons que l'incision peut être pratiquée ; pour diverses raisons, nous lui donnons la préférence sur la ponction.

Dans les cas douteux on peut du reste faire une ponction explora-

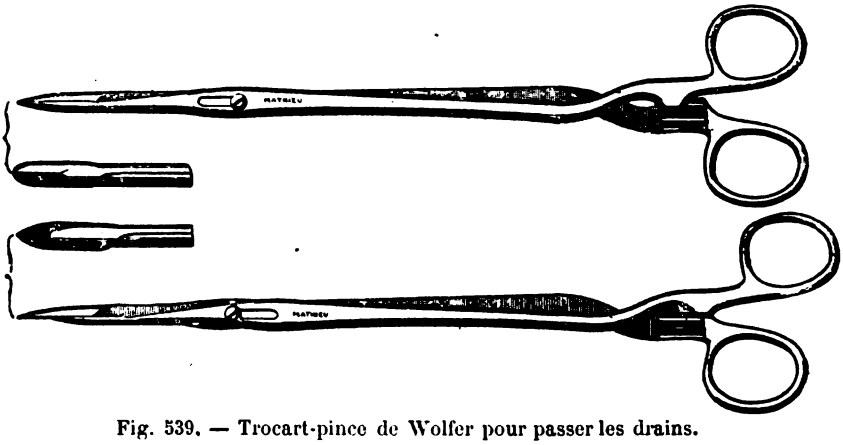


Fig. 539. — Trocart-pince de Wolfer pour passer les drains.

trice avec un trocart fin pour s'assurer de la présence du pus.

On incise alors, couche par couche, le cul-de-sac vaginal postérieur en pratiquant l'hémostase si l'hémorragie rend cette précaution nécessaire ; on arrive ainsi sur le foyer qu'on vide et qu'on nettoie comme après la ponction ; une fois la poche évacuée, on y place un gros drain de caoutchouc en croix avec la pince de Wolfer (fig. 539) en tassant autour de lui de la gaze iodoformée afin d'éviter la section de l'artère utérine et des uretères.

Point où il faut inciser. — Voici les règles que pose Pozzi pour le choix du lieu de l'incision :

Tumeur postérieure : incision transversale ou verticale dirigée selon le grand axe de la tumeur.

Tumeur latérale : incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le diamètre transversal du col.

Tumeur antérieure : très petite incision transversale combinée avec une incision antéro-postérieure plus longue.

Hégar a proposé de faire l'incision vaginale *en deux temps séparés :* ce procédé consiste, après avoir incisé le cul-de-sac postérieure à tamponner avec la gaze iodoformée avant d'aller plus loin. On n'ouvre ensuite la poche que deux ou trois jours plus tard lorsqu'il s'est formé des adhérences. Cette méthode, qui a pour but de protéger la cavité péritonéale contre l'accès du pus, mérite d'être prise en considération dans quelques cas : on n'est jamais trop prudent.

On peut également effectuer l'incision en deux temps en suturant les parois de la poche avec les lèvres de la plaie avant d'en effectuer l'ouverture, mais ce procédé est difficilement réalisable.

Une fois l'abcès évacué on lave la cavité avec la pince de Reverdin et on introduit un drain en croix (fig. 540); il faut que le drain soit volumineux pour assurer l'écoulement des liquides et empêcher la fermeture prématurée de la plaie vaginale.

Telle est la technique habituelle de l'incision. Nous en ferons ressortir les avantages à la fin de cet article en discutant comparativement les diverses méthodes applicables aux ouvertures d'abcès pelviens.

Fig. 540. Tube de caoutchouc en croix pour le drainage des abcès pelviens.

B. **Ouverture du côté du rectum.** — Que faut-il faire lorsque l'abcès vient bomber vers le rectum ? Nous ne saurions dans ce cas conseiller l'ouverture de la collection dans l'intestin, comme l'a proposé Byford.

Si l'abcès ne peut être atteint par le vagin ou par la paroi abdominale, on peut aller à sa recherche par la *voie sacrée* et la *voie périnéale*. Ce sont là des méthodes de traitement très exceptionnelles auxquelles les chirurgiens préféreront le plus souvent la laparotomie.

C'est Wiedow qui a le premier incisé un abcès tubaire par la voie sacrée. Il fait une incision profonde sur les côtés du sacrum et pénètre dans l'espace pelvi-rectal au-dessus du releveur de l'anus. Cette opération exceptionnelle ne peut être érigée en méthode ; s'il peut être utile de choisir cette voie pour enlever une tumeur volumineuse, on ne peut l'utiliser pour une simple ouverture d'abcès.

C. **Incision par le périnée.** — Sanger et Zuckerkandl ont dé-

crit des procédés pour atteindre le pus par la *voie périnéale*.

Le premier recommande la *périnéotomie verticale*, le second la *périnéotomie transversale*.

La *périnéotomie verticale* consiste à faire une incision latérale commençant en avant au niveau du tiers inférieur de la grande lèvre et allant jusqu'à 2 centimètres en dehors de la pointe du coccyx ; on arrive ainsi sur la fosse ischio-rectale qu'on traverse et on pénètre dans la collection purulente par sa face inférieure.

La *périnéotomie transversale*, appliquée déjà à la résection du cancer du col de l'utérus, a été préconisée par Zuckerkandl pour atteindre les abcès siégeant dans le cul-de-sac de Douglas.

On pratique une incision transversale entre l'anus et la fourchette d'une tubérosité ischiatique à l'autre ; on arrive en disséquant la cloison recto-vaginale jusqu'au cul-de-sac de Douglas où l'abcès peut être ouvert.

Si ces méthodes sont préférables à l'évacuation par le rectum nous pensons qu'elles doivent être réservées pour des cas exceptionnels où il semble impossible d'atteindre le pus par le vagin et où la laparotomie présenterait trop de dangers.

D. **Traitement par la laparotomie.** — Lorsque la collection purulente est très étendue, dans les cellulites pelviennes diffuses, on a beaucoup appliqué la laparotomie au traitement des abcès pelviens pendant ces dernières années. Elle comporte deux procédés : la *laparotomie proprement dite* et la *laparotomie sous-péritonéale*.

1° *Laparotomie proprement dite.* — Le procédé consiste à attaquer l'abcès pelvien par la paroi abdominale ; il a été appliqué par un grand nombre de chirurgiens de 1883 à 1895 à la suite des succès obtenus par Lawson-Tait.

Voici la *technique opératoire*. On fait sur la paroi abdominale du côté où existe l'abcès une incision de 6 à 10 centimètres ; on introduit les doigts pour explorer la tumeur puis on la saisit avec une pince et on l'évacue avec un trocart ; on suture ensuite les parois de la poche avec les lèvres de la plaie abdominale ; la poche est ensuite lavée, puis drainée ou tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Ce procédé paraît fort simple ; il constituerait en effet l'idéal opératoire si les abcès pelviens étaient toujours constitués par une poche unique et bien consistante. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; souvent le chirurgien tombe sur des poches multiples, friables

et très adhérentes à l'intestin. Il est alors impossible de fixer le sac à la paroi abdominale sans le déchirer et exposer le péritoine à l'infection.

Le chirurgien qui ouvre l'abdomen pour un abcès péri-utérin se ménage donc parfois des surprises désagréables ; il doit cependant être préparé à toute éventualité.

Lorsqu'on tombe sur une poche qu'il est impossible d'énucléer et de détacher, on la vide avec le trocart et on la nettoie. On cherche ensuite par une exploration vaginale à établir une communication entre le fond de la poche et le cul-de-sac de Douglas ; on y arrive en introduisant un gros trocart qui va à la rencontre du doigt placé dans le vagin avec la pince de Wolfer (fig. 539).

Lorsqu'on aura établi une large communication entre l'abcès et le vagin, on la rend permanente par l'introduction d'un gros drain en croix ; on pratique ensuite une toilette minutieuse du péritoine et on ferme la plaie abdominale.

On peut encore tomber sur des cas plus mauvais ; nous voulons parler de ces cas de *cellulite pelvienne diffuse* dans lesquels les poches sont multiples. Il est alors impossible d'établir une communication avec le vagin. Après avoir ouvert et nettoyé les poches, le chirurgien n'aura d'autre ressource que de tamponner la cavité abdominale par le *procédé de Mikulicz*.

Ce procédé consiste à placer au fond de la plaie abdominale une bourse en gaze faiblement iodoformée et à remplir ainsi la cavité avec des lanières de gaze bien tassées ; nous l'avons décrit page 123.

La bourse a pour but de permettre de retirer plus facilement l'ensemble du pansement ; elle n'est pas nécessaire lorsque la poche est petite et anfractueuse.

Il est parfois nécessaire d'introduire un gros drain au centre du tamponnement pour assurer l'écoulement des liquides, qui ne pourraient filtrer à travers la gaze.

Les bandelettes iodoformées seront retirées au bout de quarante-huit heures, puis remplacées selon les besoins ; la bourse qui forme le fond du pansement ne sera retiré qu'au bout de quatre ou cinq jours pour éviter les tiraillements et déplacements d'organes.

2° *Laparotomie sus-péritonéale.* — Nous parlons plus loin de ce procédé en traitant de l'évacuation des hématomes péri-utérins (voy. p. 599).

Pozzi, qui en est l'avocat et en a décrit le manuel opératoire, recon-

naît lui-même que ce procédé présente l'inconvénient de ne permettre que l'incision du foyer sans permettre une extirpation ultérieure si celle-ci était jugée nécessaire.

Néanmoins l'opération de Pozzi présentant l'immense avantage de ne pas faire courir le risque de l'effusion du pus dans le péritoine, doit être recommandée dans les cas où on soupçonne l'existence d'une seule collection. Voici comment il est décrit par cet auteur :

Après s'être rendu compte de la situation de l'abcès, on fait, à un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres, allant couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On décolle la séreuse avec les doigts en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis. Le péritoine est maintenu relevé par un large rétracteur ou par les doigts d'un aide pendant que l'opérateur cherche à sentir la résistance de l'abcès en portant un doigt au fond de la plaie, on arrive ainsi jusqu'à la base du ligament large. On reconnaît alors le foyer purulent par la fluctuation ; on l'incise, on déterge soigneusement sa cavité et on pratique le drainage, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin à l'aide d'un tube en croix qu'on passe facilement avec la pince de Wolfer ; il faut pour cela s'assurer par le toucher vaginal combiné avec le toucher au fond de la plaie, s'assurer que la cavité de l'abcès est à une assez courte distance du vagin.

E. **Hystérectomie vaginale.** — C'est en 1891 que Péan a préconisé l'hystérectomie vaginale comme opération de choix dans le traitement des abcès péri-utérins multiples et très étendus. Vulgarisé par Segond, ce procédé opératoire a été justement désigné sous le nom d'*opération de Péan-Segond.*

Ses auteurs réclament en sa faveur les avantages suivants :

On enlève l'utérus, cause première de l'infection.

On peut ouvrir de vastes collections purulentes sans pénétrer dans la cavité péritonéale protégée par une sorte de voûte formée par les adhérences ; on a une opération moins grave que la laparotomie et on évite la cicatrice abdominale et l'éventration possible.

C'est Segond qui a été l'apôtre de la nouvelle méthode ; nous empruntons au plaidoyer si remarquable qu'il a présenté au Congrès de Bruxelles (1894) les arguments sur lesquels elle s'appuie. Ces arguments nous paraissent de nature à vaincre les résistances que rencontre encore cette opération, surtout à l'étranger.

L'*hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas de*

phlegmasie péri-utérine qu'il était autrefois indiqué de traiter par la laparotomie avec ablation bilatérale des annexes. Voici pour quelles raisons.

1° *Nécessité d'enlever l'utérus, cause première de l'infection.* — Quelle que soit la théorie admise pour expliquer la formation du pyosalpinx et des suppurations pelviennes, qu'on admette l'influence de la gonorrhée, du microbe de Neisser ou plus simplement l'extension d'une phlegmasie utérine aux annexes, il est à peu près incontestable que la matrice est le point de départ de l'affection.

Il n'est pas nécessaire de démontrer l'inutilité de l'utérus comme organe de la gestation lorsque les lésions bilatérales suppurées des annexes entraînent nécessairement la stérilité.

L'intervention limitée aux annexes, telle qu'elle a été longtemps pratiquée par la voie abdominale, laisse donc subsister un organe plus ou moins sain, source primitive de l'infection et pouvant encore donner lieu à des symptômes morbides plus ou moins graves même après l'oophorectomie.

Il n'y a donc que des avantages à enlever l'utérus lorsque les fonctions des annexes sont détruites par les lésions ayant entraîné la suppuration.

2° *Possibilité d'ouvrir de larges collections purulentes et de faire un drainage efficace sans exposer le péritoine.* — Laroyenne et plusieurs chirurgiens ont proposé comme traitement des suppurations pelviennes la simple évacuation par la voie vaginale. Cette méthode serait certainement idéale, si elle procurait une guérison définitive ; mais tous les gynécologues savent que l'incision simple des collections pelviennes n'est pas une méthode curative ; elle procure par le bistouri le résultat qui est obtenu spontanément lorsque l'abcès s'ouvre dans le rectum ou dans le vagin ; mais la guérison dans ces cas n'est pas la règle.

On a proposé de nombreux procédés pour atteindre le pus dans le pelvis, par voie *vaginale*, *rectale*, *sacro-coccygienne*, *périnéale et pariétale*. Ces procédés comptent quelques succès, mais ils ne sauraient être généralisés et beaucoup d'entre eux sont plus difficiles e présentent plus de danger que l'hystérectomie vaginale.

L'évacuation par la *voie rectale* est universellement condamnée.

L'accès de la collection purulente par la voie *sacro-coccygienne* et *périnéale*, recommandée récemment par Sanger et Hégar, n'est pas encore définitivement entrée dans la pratique ; les incisions néces-

sitées par ces interventions sont certainement plus compliquées et plus dangereuses que la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.

Reste l'incision vaginale. Ce mode de traitement est indiqué lorsqu'on se trouve en présence d'une collection purulente qui s'est elle-même rapprochée d'un point accessible dans un des culs-de-sac. L'incision, dans ces cas, permet l'évacuation du pus sans *ouvrir le péritoine ;* elle est d'une application facile, et il n'est pas nécessaire pour la pratiquer de recourir à l'instrumentation proposée par Laroyenne. La malade étant placée dans la meilleure position pour bien découvrir le point saillant de la collection purulente avec des écarteurs appropriés, l'opérateur n'a besoin que d'une ou plusieurs pinces à griffes pour écarter l'utérus et faire tendre les tissus à inciser. Le pus évacué à l'aide du bistouri, on fait un lavage avec une solution boriquée et on tamponne la cavité évacuée avec de la gaze iodoformée qui établit un drainage naturel.

3° L'*hystérectomie vaginale appliquée aux lésions suppurées annexielles bilatérales est moins dangereuse que la laparotomie.* — Une telle assertion demande à être appuyée sur des faits ; mais avant de les exposer il faut admettre ce principe que *dans les suppurations péri-utérines étendues, toutes les interventions par la voie abdominale, même les laparotomies les mieux conduites, sont toujours graves.* Or, c'est précisément dans les suppurations étendues anciennes et compliquées d'adhérences que l'hystérectomie vaginale est proposée pour remplacer la laparotomie.

Voyons maintenant les faits. Segond a publié 200 observations d'hystérectomie vaginale pratiquée pour des lésions annexielles bilatérales. Sur ce nombre il a obtenu 186 guérisons et 14 morts. Je ne crois pas que la laparotomie puisse montrer de meilleurs résultats appliquée au traitement des grandes suppurations pelviennes.

J'ai eu récemment l'occasion d'appliquer la méthode de Péan dans deux cas de suppurations pelviennes d'une extrême gravité dans lesquels deux chirurgiens étrangers avaient refusé d'intervenir par la laparotomie. Chez une des malades, il y avait eu cinq poussées de péritonite aiguë et le pus provenant de la rupture d'une des poches s'écoulait abondamment par la vessie. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée non sans difficultés, étant donné l'étendue des adhérences, et le résultat fut très satisfaisant. L'écoulement du pus cessa immédiatement par la vessie et la patiente guérit. La seule complication fut due à l'entêtement de la malade qui ne voulut pas se soumettre

aux pansements nécessaires. Une des poches suppura pendant plusieurs semaines et la guérison définitive ne fut obtenue que par des tamponnements à la gaze iodoformée.

Sans doute l'hystérectomie vaginale peut présenter de graves difficultés opératoires dans les cas où les organes pelviens sont adhérents et déplacés par des péritonites et des suppurations anciennes ; mais ces difficultés sont aussi grandes, pour ne pas dire plus, dans les laparotomies pratiquées dans les mêmes circonstances.

4° *Absence de cicatrice abdominale.* — Si la cicatrice abdominale n'a pas d'importance lorsqu'on n'a fait qu'une petite incision, il n'en est pas de même dans les laparotomies pratiquées pour remédier aux grandes suppurations pelviennes. Sans parler du risque d'éventration on a souvent une cicatrice douloureuse.

ABLATION DES COLLECTIONS KYSTIQUES DE LA TROMPE

L'hystérectomie vaginale que nous venons de décrire est également applicables aux abcès kystiques de la trompe et des ovaires lorsque les lésions annexielles sont *doubles* et qu'il n'existe aucune chance de laisser à la femme les organes de la reproduction.

Mais dans beaucoup de cas où la lésion enkystée est simple, il est préférable de pratiquer l'ablation de la trompe malade par la laparotomie ; cette opération constitue la *salpingectomie*.

SALPINGECTOMIE

L'ablation de l'annexe malade ou enkystée peut avoir lieu par la voie abdominale, c'est une *salpingectomie abdominale ;* elle peut avoir lieu par le vagin, c'est la *salpingectomie vaginale.*

A. **Salpingectomie abdominale.** — La laparotomie appliquée à des abcès enkystés des trompes ou à d'autres lésions kystiques présente certaines difficultés qui résultent du danger que peut présenter la rupture de la poche en infectant le péritoine. Son manuel opératoire diffère donc quelque peu de celui de la simple castration ovarienne.

La malade sera placée dans la position de Trendelenbourg ; c'est-à-dire la tête renversée et le corps faisant avec les cuisses un angle d'au moins 45°. Nous avons déjà insisté sur les avantages de cette position ; les anses intestinales se trouvent naturellement refou-

lées vers le diaphragme et le bassin se trouve complètement dégagé pour permettre au chirurgien d'opérer dans un champ relativement libre (voy. fig. 582, p. 669).

Il faut faire une incision plus grande que pour la castration simple; on appliquera alors avec avantage la valve de Montprofit qui se tient seule en place et donne beaucoup de jour dans la cavité pelvienne; les doigts rechercheront la tumeur en prenant pour point de départ le fond de l'utérus; en suivant la corne on arrive sur la trompe malade qui est alors décollée avec soin et amenée à l'extérieur. Si la tumeur kystique est volumineuse et paraît friable il est préférable de la vider avec l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain.

Une fois la trompe libérée de ses adhérences il faut pratiquer l'hémostase du pédicule avant de le sectionner. Voici comment on procède : on passe avec une aiguille mousse un fil de soie double dans le moignon et on lie par les deux fils croisés; si le pédicule est trop large, on applique une série de ligatures en chaîne; on coupe ensuite et on cautérise le moignon de la trompe avec le thermocautère.

Quelques chirurgiens ont modifié le procédé de ligature de la manière suivante : on sectionne sans ligature préalable le moignon au ras de l'utérus en faisant l'hémostase et en liant les vaisseaux isolément avec du catgut. On obtient ainsi une plaie longitudinale utérine et fermée par un surjet. Ce procédé permet d'enlever la totalité de la trompe sans laisser aucun moignon; il semble diminuer les causes d'infection qui peuvent résulter du séjour des fils de soie dans la cavité abdominale

La tumeur enlevée on vérifie l'hémostase et on procède à la toilette du péritoine comme dans les ovariotomies ordinaires (p. 667).

Faut-il enlever les deux trompes? — Cette question ne se posait même pas il y a dix ans; tous les chirurgiens étaient alors d'accord pour enlever les deux annexes alors qu'une seule était atteinte. On se basait sur la prédisposition, sur la sympathie et sur une foule de raisons qui permettaient de supposer qu'une annexe malade entraîne nécessairement la maladie de l'autre.

L'audace chirurgicale a fait place à une réaction salutaire. Les gynécologues s'efforcent aujourd'hui de conserver à la femme les organes de la reproduction. Dans beaucoup de laparotomies pratiquées pour des affections annexielles, Martin s'est contenté de libérer les adhérences sans rien enlever lorsque les annexes n'étaient pas sérieuse-

ment altérées ; dans d'autres cas il s'est borné à écarter les franges du pavillon et assurer la perméabilité de la trompe. C'est là une pratique qui a trouvé beaucoup d'imitateurs.

Il est de règle aujourd'hui de conserver autant que possible la fonction utéro-ovarienne ; non seulement les femmes conservent l'intégrité de la fonction de reproduction, mais elles évitent les névropathies que nous avons si souvent observées chez des femmes castrées.

Ignipuncture ovarienne. — Dans des cas assez fréquents d'ovarites ou de dégénérescence micro-kystique ayant nécessité la laparotomie, Pozzi conseille d'enfoncer simplement la pointe du thermocautère au niveau des petits kystes. Dans les cas où une partie plus importante du tissu ovarien est altérée, il en pratique la résection avec des ciseaux et il réunit la plaie avec un surjet de catgut pour en assurer l'hémostase. C'est là une pratique très recommandable et dont les résultats sont aussi satisfaisants que bénins.

Salpingorrhaphie. — Il convient également dans ces cas de rapprocher l'ovaire de la trompe en décollant ses adhérences et en le fixant à la trompe par quelques points de suture. La salpingorrhaphie constitue un complément utile de l'ignipuncture lorsque l'ovaire était adhérent. On empêche ainsi le retour des inflammations adhésives qui troublaient la fonction de la glande et occasionnaient les douleurs.

B. **Salpingectomie vaginale.** — C'est G. Thomas qui a eu le premier l'idée d'extirper les ovaires par le vagin et nous avons posé les règles de cette opération dans l'ouvrage de cet auteur que nous avons publié en 1879.

Il ne s'agit plus là de l'hystérectomie appliquée aux suppurations pelviennes anciennes et très étendues, mais de la simple ablation d'une annexe malade et légèrement hypertrophiée.

Cette opération a été pratiquée en France par Péan, Segond, Bouilly et Picqué ; elle a été surtout préconisée par l'École Lyonnaise ; Bouillard, Condamin et Jaboulay en ont fait le plus grand éloge ; par contre Pozzi s'en montre peu enthousiaste. « Sans doute, cette opération peut être bonne dans quelques cas spéciaux, dit cet auteur, mais elle ne me paraît offrir ici aucun avantage sérieux et présente de grands inconvénients quand il survient la moindre complication opératoire. » C'est là une opinion que partageront beaucoup de chi-

rurgiens, étant donnés ces deux points importants, que la salpingectomie vaginale ne s'applique qu'à des tumeurs de petit volume et que la laparotomie est une opération bénigne lorsqu'elle a pour but l'ablation d'une annexe.

La salpingectomie vaginale se pratique par la *paroi vaginale antérieure* et par la *paroi vaginale postérieure*.

Salpingectomie vaginale postérieure. Technique. — On pratique une incision dans le cul-de-sac postérieur comme pour l'hystérectomie vaginale; les doigts introduits dans cette incision l'agrandissent progressivement pour qu'il soit possible d'aller à la recherche de la tumeur.

Celle-ci est alors saisie, libérée de ses adhérences, et amenée dans l'incision vaginale en s'aidant au besoin d'une main appliquée sur l'abdomen. Une pince est appliquée sur le pédicule et celui-ci est traité comme nous l'avons dit plus haut pour la salpingectomie abdominale.

Salpingectomie vaginale antérieure. — C'est le procédé de Duhrssen. Ce chirurgien pratique l'incision vaginale transversalement en rasant la face antérieure de l'utérus. Il procède alors à la séparation de la vessie comme dans l'hystérectomie, puis il ouvre le cul-de-sac péritonéal et saisit l'utérus avec des pinces. Il arrive ainsi à faire basculer l'organe et à l'amener dans l'ouverture vaginale. On procède alors à la section du pédicule de l'annexe malade comme dans les autres procédés.

L'hémostase a généralement lieu en laissant des pinces à demeure.

Nous ne décrivons pas plus longuement ces procédés opératoires, qui ont donné des résultats à certains opérateurs exercés, mais dont la supériorité sur les méthodes classiques ne nous paraît pas encore démontrée.

PARALLÈLE ENTRE LES DIVERS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DES INFLAMMATIONS ET DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Le long développement que nous avons donné à la thérapeutique chirurgicale des suppurations pelviennes est justifié par l'importance de ces affections qui constituent le chapitre le plus important de la pathologie du petit bassin chez la femme. Il nous reste maintenant à dire quelques mots sur les indications de chacun de ces procédés opératoires.

Nous avons déjà dit que, à moins d'urgence absolue indiquée par la haute température, la fluctuation manifeste et la crainte d'une péritonite généralisée, on ne doit jamais opérer au moment d'une poussée aiguë.

Ce n'est que lorsque la fièvre est tombée, que l'œdème inflammatoire a disparu, qu'on peut utilement limiter les lésions et pratiquer l'examen qui doit précéder toute intervention.

Après quelques semaines d'expectation, lorsque la sensibilité de la séreuse abdominale a disparu, lorsque l'augmentation persistante d'une tuméfaction est limitée, on peut parler d'opération. La suppuration est du reste indiquée par la localisation de la douleur, par l'amaigrissement de la malade et par la fièvre hectique.

Dans les *lésions suppurées unilatérales* on préférera l'*incision vaginale* lorsque la tumeur proémine dans un des culs-de-sac ; l'emploi du bistouri nous paraissant indéfiniment préférable au trocart.

La *laparatomie sous-péritonéale* décrite par Pozzi constitue une excellente opération qui demande cependant une certaine habileté chirurgicale. Elle nous paraît surtout applicable aux abcès du ligament large et aux hématocèles rétro-utérines suppurées.

L'*incision vaginale* et la *laparotomie sous-péritonéale* conviennent surtout dans les suppurations enkystées *à poche unique*.

L'ouverture des abcès pelviens par la *voie sacrée* et *péritonéale* devra être réservée pour des cas exceptionnels où la collection purulente siégera dans le voisinage du rectum et n'est pas accessible par le vagin ; elle n'a été pratiquée jusqu'à présent que par un petit nombre de chirurgiens.

La *laparotomie abdominale* convient aux *lésions annexielles unilatérales enkystées* suppurées ou non.

Mais s'il s'agit de *lésions bilatérales suppurées*, de *cellulites pelviennes diffuses*, d'*abcès multiples*, on devra donner la préférence à l'*hystérectomie vaginale totale*. Non seulement cette opération fait courir moins de risques que la laparotomie appliquée à des suppurations graves, mais elle présente l'immense avantage d'assurer le drainage et l'évacuation de toutes les poches avec un minimum de danger.

Dans les suppurations anciennes ayant transformé le pelvis en une sorte d'éponge purulente, elle est la seule opération possible ; non seulement elle assure un large drainage en enlevant le *bouchon* utérin, mais elle fait disparaître un organe inutile qui pourrait devenir une source d'infection nouvelle.

Depuis l'impulsion qui lui a été donnée par Segond, l'hystérectomie vaginale appliquée aux grandes suppurations pelviennes a été acceptée par l'immense majorité des chirurgiens.

Enfin nous pensons que la *salpingectomie par la voie vaginale* ne nous paraît applicable qu'aux petites lésions annexielles non suppurées; non seulement cette opération ne permet pas de se rendre compte de l'état des lésions comme dans la laparotomie; la *salpingectomie abdominale* présente au contraire l'avantage de bien préciser la lésion et de lui appliquer un traitement local en conservant les organes.

Nous avons dit en effet que la chirurgie conservatrice, fort en vogue aujourd'hui, permettait souvent d'appliquer aux annexes un traitement curatif (ignipuncture, cathétérisme de la trompe, salpingorrhaphie, redressement de l'utérus, raccourcissement des ligaments, etc.); ces opérations palliatives ne peuvent être décidées que *la pièce en main*, c'est-à-dire lorsque le ventre est ouvert. Nous ne pensons pas que l'accès par le vagin donne les mêmes facilités.

SEPTIÈME PARTIE

MALADIES ET TUMEURS PÉRI-UTÉRINES

CHAPITRE PREMIER

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Cette affection, qui est désignée par un grand nombre d'auteurs sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, est constituée par une tumeur enkystée formée par un épanchement sanguin provenant d'une lésion des vaisseaux utéro-ovariens. C'est Nélaton qui le premier a donné, en 1851, une bonne description de l'hématocèle. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés. La plupart sont dus à des écrivains français, parmi lesquels nous citerons : Aran, Bernutz, Puech, Nonat, Gallard et Aug. Voisin.

Dans ces dernières années l'hématocèle a été l'objet de travaux importants qui en ont plus nettement établi le caractère. Les recherches de Lawson-Tait ont en effet démontré que les hémorragies pelviennes ont le plus souvent pour origine des grossesses extra-utérines. Quelques auteurs ont même prétendu qu'il n'y avait plus d'hématocèle, mais seulement des grossesses tubaires. Nous pensons cependant qu'il existe des hémorragies pelviennes non puerpérales et nous continuerons à décrire séparément l'hématocèle et la grossesse extra-utérine.

Étiologie. — L'hématocèle rétro-utérine n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais le symptôme d'états pathologiques divers qui sont encore aujourd'hui assez mal définis.

Voici comment on peut expliquer le processus qui donne lieu à la formation de la tumeur sanguine :

1° *Rupture d'un des vaisseaux du bassin.* — Cette rupture porte le plus souvent sur les vaisseaux utéro-ovariens et sur les vaisseaux

extra-utérins de l'ovisac, sur les veines variqueuses des ligaments larges. Elle peut également être la conséquence d'un anévrisme artériel ;

2° *Rupture d'un des viscères du bassin.* — Cette rupture est rare et porte généralement sur l'ovaire, les trompes de Fallope et l'utérus ;

3° *Reflux du sang menstruel* contenu dans l'utérus à travers les tubes de Fallope. Cette cause est considérée par les auteurs comme la plus fréquente ; le sang menstruel reflue dans le péritoine par les trompes lorsqu'un obstacle s'oppose à son écoulement normal. Nous acceptons cette étiologie, mais nous contestons son importance ; il est inadmissible que le reflux du sang menstruel produise une hématocèle volumineuse.

4° *Transsudation* du sang à travers les tissus. C'est une cause rare et aujourd'hui contestée.

5° *Rupture d'un kyste fœtal extra-utérin.* — Gallard croit que l'hématocèle doit être attribuée le plus souvent à la déhiscence d'un ovule fécondé ; au moment de la ponte, la trompe ne s'appliquant pas sur l'ovaire, le sang provenant de la rupture de la vésicule de de Graaf, s'épanche dans le péritoine. Nous étudierons dans le chapitre suivant les grossesses tubaires et extra-utérines qui ont été longtemps confondues avec l'hématocèle.

6° *Causes directes.* — Parmi les causes directes, nous citerons encore le *traumatisme chirurgical* ou accidentel. Barnes, Spencer Wels et la plupart des ovariotomistes rapportent des cas d'hématocèle survenus à la suite de l'ablation de kystes ovariens. Quand le pédicule lié ou cautérisé est laissé dans le bassin on observe souvent des troubles à chaque époque menstruelle, pendant plusieurs mois, à la suite de l'hématocèle. Barnes rapporte un cas d'hématocèle observé à Londres dans le service de Wilson, et qui était consécutif à un coup violent appliqué dans la région abdominale.

Le froid, la fatigue, le coït pratiqué pendant l'époque menstruelle, ont été accusés de produire l'hématocèle. Nous pensons qu'elles peuvent entrer en ligne de compte, surtout la dernière sur laquelle Voisin a particulièrement insisté.

Siège. Division. — Les auteurs sont encore divisés sur le siège

habituel de l'*hématocèle*. Les uns prétendent qu'elle occupe toujours la cavité séreuse, et que, dans ce cas, elle siège en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, qui constitue la partie la plus déclive du péritoine. D'autres prétendent que l'épanchement, quoique péritonéal dans la grande majorité des cas, peut cependant siéger en dehors de la cavité séreuse. Les faits recueillis pendant ces dernières années ne

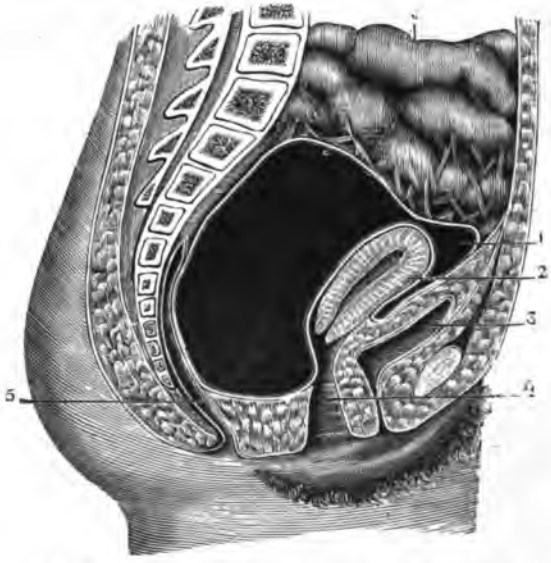


Fig. 541. — Hématocèle intra-péritonéale (Péan).

permettent pas aujourd'hui de mettre en doute l'existence de cette dernière forme d'hématocèle.

Il faut également insister sur le fait que l'hématocèle n'est pas nécessairement enkystée. Hart et Barbour ont publié des cas où l'épanchement sanguin existait dans la cavité péritonéale sans être entourée d'une poche kystique.

Cette distinction a une importance capitale et permet de distinguer deux grandes variétés : 1° l'*hématocèle intra-péritonéale* (fig. 541), dans laquelle l'épanchement est presque toujours rétro-utérin, et 2° l'*hématocèle extra-péritonéale*, dans laquelle la tumeur sanguine occupe soit le ligament large, soit le tissu cellulaire situé entre le col et la vessie ou entre l'utérus et le rectum. Mais la première variété est de beaucoup la plus fréquente.

Symptomatologie. — Ils varient selon la cause qui a produit l'épan-

chement sanguin et surtout suivant son intensité ; lorsque le sang extravasé est très abondant, les symptômes initiaux présentent une extrême gravité : douleurs abdominales, syncope, refroidissement, en un mot tous les symptômes qui font craindre une mort imminente.

Si la malade échappe aux dangers immédiats de cet épanchement, les symptômes foudroyants se calment peu à peu et la tumeur abdominale se localise et tend à l'enkystement.

Disons de suite que, en présence de symptômes d'une telle gravité, on doit toujours penser à l'inondation péritonéale résultant de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Mais dans beaucoup de cas l'épanchement sanguin intra-péritonéal se fait d'une manière lente et insidieuse ; le début est alors simple-

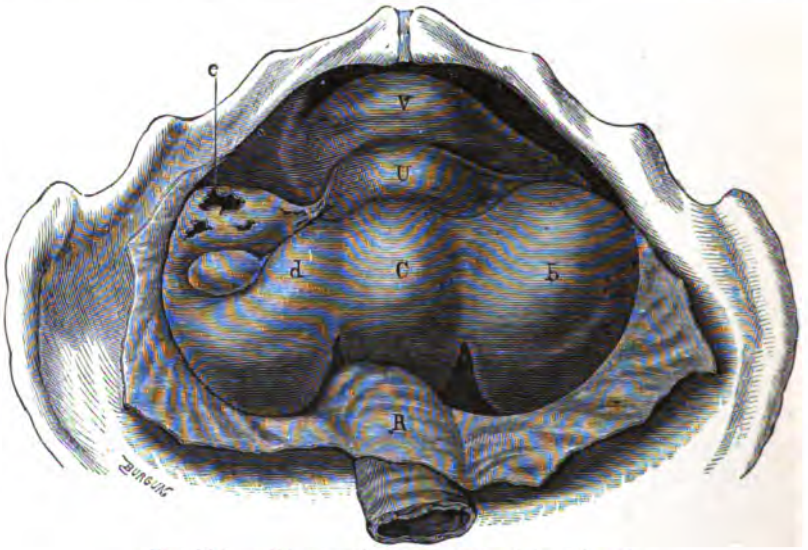


Fig. 542. — Hématocèle intra-péritonéale enkystée.
U, utérus ; V, vessie ; *d*, *c*, b, hématocèle enkystée.

ment marqué par une douleur locale, par des phénomènes analogues à ceux de la dysménorrhée, par du ballonnement du ventre et par des poussées circonscrites de péritonite plastique.

En somme la douleur existe toujours, mais d'une intensité et d'une acuité variables ; elle se présente tantôt sous la forme de coliques intestinales, tantôt sous celle des douleurs expulsives de la parturition. En même temps surviennent des nausées et des vomissements bilieux plus ou moins abondants. En somme, la symptomatologie de la période aiguë de l'hématocèle présente la plus grande analogie avec

celle de la péritonite aiguë, du phlegmon péri-utérin, de l'appendicite et de toutes les affections infectieuses aiguës du bassin.

Le toucher vaginal révèle la présence d'une tumeur le plus souvent située en arrière de l'utérus et du vagin et oblitérant parfois ce conduit. Si l'examen a eu lieu un jour ou deux après l'accident, la tumeur est lénitente, molle et fluctuante ; s'il a lieu quelques jours plus tard, le doigt sentira des bosselures dues à la présence des *coagula* formés dans le liquide épanché.

Le plus souvent l'utérus est refoulé d'arrière en avant et de bas en haut contre le pubis, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu à droite ou à gauche. Le toucher rectal permet de constater la dépression exercée par la tumeur sanguine sur ce conduit qui est souvent oblitéré au point de permettre difficilement l'introduction complète du doigt.

Puech a appelé l'attention sur un écoulement sanguinolent persistant qu'il considère comme caractéristique de l'hématocèle d'origine tubaire, et qui, à ce titre, mérite d'être signalé.

Anatomie pathologique. — Le sang contenu dans la tumeur se transforme en caillots résistants, et il se forme des membranes qui entourent la collection sanguine et la divisent. Dans certains cas, la tumeur sanguine n'est pas véritablement enkystée et les anses intestinales, réunies et agglutinées, constituent la paroi supérieure du kyste.

Lorsqu'on examine la tumeur quelque temps après sa formation elle est formée par un liquide filant, couleur lie de vin et tenant en suspension des caillots noirâtres. Lorsque l'hématocèle est très ancienne, on ne trouve plus qu'une masse fibrineuse dans laquelle on ne reconnaît plus à première vue les éléments constitutifs du sang.

Terminaison. — Abandonnée à elle-même, l'hématocèle reste souvent stationnaire, mais elle présente des variations de consistance qui sont dues à la recrudescence qu'on observe le plus souvent avec le retour des époques menstruelles.

La tumeur diminue peu à peu de volume et prend la forme d'une masse indolore et indurée ; elle peut alors disparaître graduellement par absorption. D'autres fois elle suppure et se fraie une issue dans le rectum ou le vagin. Dans quelques cas une hémorragie lente et persistante survient et la tumeur sanguine, au lieu de diminuer, augmente graduellement de volume.

Le *diagnostic différentiel* est toujours difficile. Voici les principales affections qui peuvent donner lieu à la confusion : le phlegmon péri-utérin, l'appendicite, les tumeurs fibreuses, les kystes de l'ovaire.

Mais c'est surtout avec l'inondation péritonéale résultant de la rupture d'une grossesse tubaire qu'on a confondu l'hématocèle.

En général, l'hématocèle se développe plus rapidement que la tumeur qui résulte d'un abcès ou d'un phlegmon pelvien ; elle est dure au début et se ramollit graduellement.

La tumeur qui résulte de l'*appendicite* est toujours à droite ; l'apparition des symptômes est moins brusque. Il est bon cependant d'appeler l'attention sur ce point de diagnostic différentiel qui n'a pas encore été signalé.

Les tumeurs fibreuses se développent lentement et participent aux mouvements imprimés à l'utérus ; elles sont indolores, dures, irré-

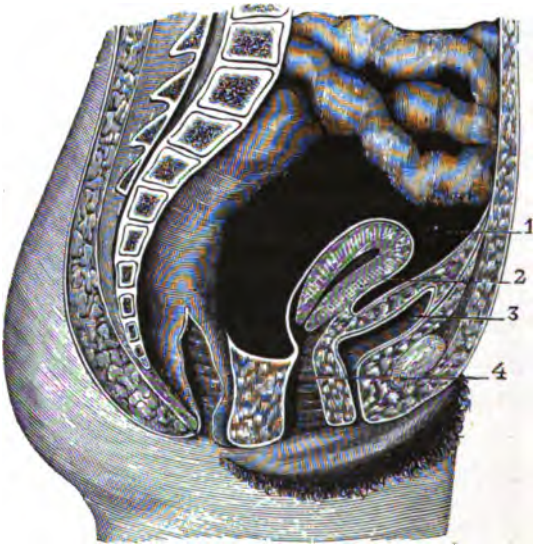


Fig. 543. — Hématocèle intra-péritonéale récente.

gulières et ne déplacent pas ordinairement l'utérus en haut et en avant. Quant aux kystes de l'ovaire, qui pourraient être confondus avec l'hématocèle, ils sont généralement peu sensibles à la pression et ne s'accompagnent pas de symptômes généraux graves.

Nous parlerons dans le chapitre suivant de la grossesse tubaire et des symptômes qui permettent de la différencier de l'hématocèle non puerpérale.

Le *pronostic* est variable et dépend surtout de la quantité de sang épanché et de la gravité des symptômes généraux qui l'accompagnent. Dans quelques cas, l'hémorragie peut être assez abondante pour déterminer rapidement la mort, mais l'issue fatale est due le plus souvent à la péritonite qu'on observe presque toujours. La terminaison par la guérison, sans opération, s'observe cependant quelquefois.

TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE

Le chirurgien doit-il intervenir ou faut-il attendre la résorption spontanée de la tumeur ? Cette question, longtemps discutée, est aujourd'hui à peu près résolue, et la plupart des chirurgiens sont d'avis qu'on ne doit intervenir que lorsque les accidents menacent la vie de la malade. C'est le cas dans l'*inondation péritonéale* qui donne lieu à la production d'accidents qui peuvent être rapidement mortels.

Traitement médical. — En attendant l'assistance chirurgicale qui ne peut pas toujours être obtenue instantanément, le médecin combattra les phénomènes inflammatoires locaux et soutiendra les forces de la malade par les moyens les plus énergiques.

La malade sera maintenue dans l'immobilité absolue ; on appliquera des compresses glacées sur l'abdomen ; on combattra la douleur par les opiacés ; la vessie sera vidée à l'aide du cathéter afin d'éviter des mouvements intempestifs.

Le meilleur moyen de combattre la syncope et l'épuisement consiste dans l'emploi des injections sous-cutanées d'éther et surtout dans l'usage du sérum artificiel. Au cas où le médecin n'a pas de seringue spéciale, je rappelle que tout appareil d'irrigation peut être employé à la condition d'être aseptique ; il suffit de pouvoir adapter une seringue hypodermique au tube de l'appareil injecteur ; enfin, dans les cas d'extrême urgence, il faut savoir qu'on peut préparer instantanément un sérum artificiel en ajoutant 8 à 10 grammes de sel marin dans un litre d'eau.

Lorsque les accidents aigus sont disparus, on favorisera la résorption de la tumeur enkystée par un massage doux, par des compresses résolutives, par des applications d'onguent mercuriel ; mais ce traitement ne s'applique qu'aux hématocèles enkystées peu volumineuses et extra-péritonéales.

Traitement chirurgical. — Il faut distinguer deux cas :

L'inondation péritonéale menace immédiatement l'existence ;

La tumeur est enkystée et les symptômes dangereux ont disparu.

Premier cas. — Que faire en présence d'une hémorragie péritonéale profuse dont les symptômes graves font craindre une mort imminente. Il faut intervenir par la laparotomie.

Nous savons bien qu'il existe de nombreux cas d'inondation péritonéale qui se sont terminés par l'enkystement et même par la guérison sans intervention. Mais comment établir le pronostic au début lorsque les accidents sont aussi graves ? Comment rester indifférent en présence d'une affection qui donne de 70 à 80 p. 100 de mortalité.

Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur le traitement de l'épanchement consécutif à la rupture d'une grossesse tubaire ; nous disons seulement que le chirurgien doit pratiquer la laparotomie lorsqu'il se trouve en présence d'une hémorragie péritonéale mettant la vie en danger.

La technique opératoire ne présente dans ces cas rien de spécial, il faut surtout agir rapidement ; une fois l'abdomen ouvert il faut immédiatement rechercher les annexes et assurer une hémostase provisoire en appliquant des pinces sur l'angle utéro-tubaire et sur le ligament infundibulo-pelvien (Legueux) ; on fera ensuite la toilette du péritoine et l'ablation des annexes lésées.

Second cas. — La tumeur sanguine est ancienne et enkystée. Le traitement chirurgical est-il indiqué ?

Comme il est aujourd'hui démontré que les tumeurs enkystées guérissent souvent spontanément par résorption ou peuvent rester indifférentes dans le péritoine, nous pensons que l'intervention n'est indiquée que lorsque la tumeur donne lieu à des accidents inflammatoires ou exerce une compression sur les organes voisins. Cette intervention est d'autant plus indiquée que les méthodes aseptiques modernes la rendent peu redoutable.

Dans ces cas la tumeur peut être attaquée par trois voies : par le vagin, par la laparotomie sous-péritonéale et par la laparotomie ordinaire.

A. **Vagin. Elytrotomie.** — C'est la méthode de choix lorsque la tumeur forme une saillie nettement déterminée dans le cul-de-sac postérieur. Dans ces cas on devra toujours donner la préférence à l'*incision*, la ponction ne permettant pas d'ouvrir suffisamment la poche pour en extraire les caillots et en pratiquer le nettoyage, le drainage et le tamponnement.

L'opérateur introduit un doigt dans le rectum pour diriger son bistouri et éviter de blesser l'intestin ; il faut également surveiller la vessie et penser aux uretères. Une fois qu'on a atteint le foyer sanguin, on peut élargir l'incision sans crainte pour assurer la sortie des caillots ou autres matières (débris fœtaux) que peut contenir le kyste. Il est souvent indiqué de ne pas vider le kyste en une seule fois lorsqu'il est très volumineux. On ménagera ainsi les adhérences anciennes et on évitera les hémorragies. Dans ce cas on pratique un tamponnement du kyste avec de la gaze iodoformée qu'on renouvelle au bout de quarante-huit heures. Lorsqu'on n'a plus à craindre d'hémorragies, on lave de nouveau la partie avec de l'eau bouillie ou faiblement additionnée de sublimé et on introduit un gros drain de caoutchouc qui sera solidement maintenu. Ce tube servira à faire des injections antiseptiques ou simplement avec de l'eau bouillie lorsque la grande surface du kyste peut faire craindre l'absorption.

B. **Laparotomie sous-péritonéale. Procédé de Pozzi.** — Dans les cas où la tumeur est volumineuse et non accessible par le vagin, Pozzi conseille le procédé suivant :

Il consiste à pratiquer une grande incision parallèle à l'arcade crurale, à décoller le péritoine jusqu'au foyer et à pénétrer dans celui-ci par sa face adhérente au bassin sans entrer dans la grande cavité séreuse. Après avoir vidé avec précaution le kyste sanguin, on explorera la poche en introduisant les doigts dans la partie la plus déclive et l'on cherchera en combinant cet examen avec le toucher vaginal, le point favorable au passage d'un drain à travers le cul-de-sac postérieur. Pour peu que la poche soit grande, le drainage par cette voie, à l'aide d'un tube en croix, sera combiné avec le drainage par l'incision abdominale au moyen de deux gros tubes accolés en canon de fusil ou plusieurs tubes juxtaposés en manière de flûte de Pan, ou par des lanières de gaze iodoformée.

Si dans une tentative de laparotomie sous-péritonéale, on ne réussissait pas à décoller la séreuse jusqu'au niveau du point où la poche lui est adhérente, on aurait toujours la ressource suivante : largement inciser le péritoine au fond de la plaie et tamponner sur la poche laissée intacte de manière à provoquer entre elle et l'incision la formation d'une sorte de trajet fermé par des adhérences. Au bout de vingt-quatre heures le tamponnement serait enlevé et la poche ouverte.

C. **Laparotomie ordinaire.** — La méthode qui consiste à attaquer les

hématocèles pelviennes par la simple laparotomie compte des partisans. Le difficile consiste à fixer la poche à la paroi abdominale avant de l'inciser et de procéder ensuite, comme nous l'avons dit, lorsqu'on attaque le kyste par le vagin. Mais cette manœuvre présente de grandes difficultés à cause de la friabilité de la poche. On est le plus souvent obligé de laver la poche et de la tamponner après l'avoir vidée.

La laparotomie ordinaire ne doit être appliquée à l'hématocèle que dans les cas où il est absolument impossible d'attaquer la tumeur par d'autres voies ; elle expose évidemment à l'infection péritonéale plus que toute autre méthode.

CHAPITRE II

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Nous avons décrit dans le chapitre précédent les tumeurs sanguines pelviennes se produisant *en dehors de la fécondation* (hématocèles).

Il nous reste à étudier les hémorragies et les tumeurs pelviennes provenant de la *grossesse extra-utérine ;* ce sont de beaucoup les plus fréquentes.

Etiologie. — La grossesse extra-utérine ou *ectopique* est le développement de l'ovule fécondé en dehors de la cavité utérine dans laquelle il devrait effectuer son développement normal.

Voici comment elle se produit :

Parmi les milliers de spermatozoïdes déposés dans le voisinage de l'orifice utérin par le coït, quelques-uns seulement font leur ascension dans la cavité utérine et même dans la trompe allant à la rencontre de l'ovule qui, partant de l'ovaire, suit une direction inverse.

Un de ces spermatozoïdes rencontre l'ovule ; c'est l'incorporation de ces deux éléments cellulaires qui produit la *fécondation*.

Où a lieu cette rencontre ? On croit que c'est dans la trompe ; mais elle peut avoir lieu sur d'autres points.

Une fois l'ovule associé au spermatozoïde il chemine dans la trompe et se fixe dans l'utérus où doit avoir lieu une évolution normale.

Mais il peut arriver que l'ovule fécondé soit arrêté dans sa marche vers l'utérus et se fixe dans la trompe où son développement anormal constitue la *grossesse tubaire*.

Il peut également arriver (cela est beaucoup plus rare) que l'ovule fécondé tombe dans le péritoine où il se développerait ; c'est la *grossesse abdominale*.

Enfin, on croit que l'ovule peut être fécondé dans la vésicule de de Graaf et se développer à la surface de l'ovaire. Ces cas, extrêmement rares, constituent la *grossesse ovarienne*.

On peut donc admettre trois variétés de grossesses ectopiques :

1° La *grossesse tubaire*, de beaucoup la plus fréquente ;
2° La *grossesse abdominale ;*
3° La *grossesse ovarienne.*

Existe-t-il des causes qui peuvent prédisposer à la grossesse *ectopique ?*

On a invoqué diverses hypothèses dont quelques-unes sont fort plausibles.

Toutes les causes qui peuvent apporter un obstacle à la libre migration de l'ovule peuvent être invoquées, telles sont les adhérences con-

Fig. 544. — Muqueuse utérine normale.
1, épithélium ; 2, cellules conjonctives ; 4, muscle utérin ; 5, glandes.

séoutives à des pelvi-périto nites partielles et les petites tumeurs intra-tubaires. On a prétendu également que la disparition de l'épithélium vibratile qui tapisse la trompe pouvait empêcher le retour de l'ovule fécondé dans l'utérus.

Quelques auteurs ont prétendu que les vives émotions subies par la mère au moment de la conception pouvaient empêcher la migration de l'ovule ou favoriser sa chute dans le péritoine ; ce sont là des hypothèses ; ce qui est certain c'est que toutes les causes qui peuvent s'opposer à la juxtaposition de la trompe sur l'ovaire au moment de la conception peuvent déterminer une fécondation anormale, car il est aujourd'hui démontré que les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans le péritoine et y conserver leur vitalité pendant plusieurs jours.

Division. Anatomie pathologique. — Nous avons admis trois variétés de grossesses ectopiques ; elles peuvent se classer par ordre de fréquence :

1° La *grossesse tubaire ;* 2° la *grossesse abdominale ;* 3° la *grossesse ovarique ;* il convient d'ajouter à ces formes une quatrième beaucoup plus rare et qui ne présente pas les mêmes caractères : la *grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus.*

1° *Grossesse tubaire.* — C'est la plus importante et c'est celle dont nous devons suivre l'évolution avec le plus d'intérêt.

Dans les cas ordinaires l'enveloppe externe de l'œuf est tout entière formée par la trompe qui remplace pour ainsi dire l'utérus ; dès que l'ovule est fixée, la muqueuse subit des transformations qui la rapprochent de la caduque dont elle doit jouer le rôle ; parfois l'orifice utérin de la trompe n'est pas fermé et la muqueuse utérine subit elle-même les modifications de la grossesse.

Pendant les premiers mois les phénomènes déterminés par l'évolution anormale peuvent passer inaperçus ; la petite tumeur dont on a

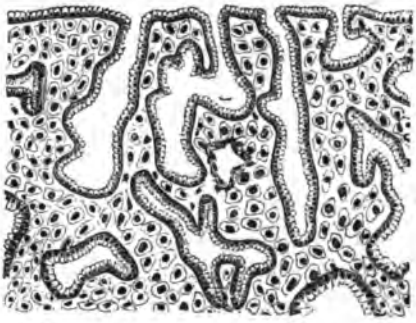


Fig. 515. — Hypertrophie des glandes de la muqueuse et de celles du tissu sous-muqueux dans la grossesse ectopique.

pu constater la présence conduit au diagnostic d'un pyo ou d'un hémato-salpinx.

Au point de vue anatomo-pathologique il faut distinguer les cas où l'*embryon meurt de bonne heure* et ceux où il *continue son développement.*

Dans le premier cas (*interruption de la grossesse*), il se produit une hémorragie entre les parois de la trompe et l'œuf ; le sang ainsi épanché constitue une petite tumeur qui n'est autre chose que l'*hémato-salpinx.* Cette tumeur est formée par un ou plusieurs caillots qui peuvent s'infiltrer de cellules embryonnaires et se résorber. C'est la *guérison*, terminaison fort rare de la grossesse tubaire au début.

Lorsque l'œuf était greffé dans la portion externe de la trompe, il

peut être expulsé spontanément dans l'utérus; c'est l'*avortement tubaire*.

D'après des observations et des recherches récentes, l'avortement tubaire est assez fréquent; s'il avait passé inaperçu jusqu'à ce jour c'est que les symptômes et les phénomènes cliniques qui s'y rattachent sont ceux de l'avortement normal.

Mais le plus souvent la grossesse tubaire est interrompue par la

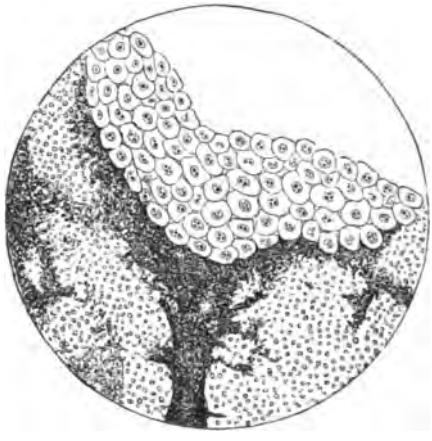


Fig. 546. — Cellules déciduales.

rupture de la trompe ; cet accident qui est presque toujours d'une extrême gravité par l'hémorragie qu'il détermine (*hématocèle cataclysmique* de Barnes), se produit généralement entre la huitième et la douzième semaine de la grossesse. Il est dû, non pas à l'extrême distension de la trompe comme on l'avait cru, mais à une altération des parois tubaires par le développement du placenta; les observations anatomiques ont en effet démontré que la rupture de la trompe a toujours lieu au niveau de l'insertion placentaire.

Dans le second cas (*continuation de la grossesse*). Le développement fœtal peut avoir lieu jusqu'à une période très rapprochée du terme; mais cette issue est extrêmement rare pour la grossesse tubaire ; la science n'en possède qu'un petit nombre d'observations authentiques.

C'est à la *grossesse abdominale* que se rattachent les exemples de grossesses arrivant à terme ou près du terme.

Histologie des grossesses ectopiques. — Les recherches histologiques modernes ont mis hors de doute les relations de l'hématocèle et de la grossesse tubaire. En 1890, Orthmann déclara que, sur dix grossesses tubaires il avait toujours rencontré des cellules déciduales

(fig. 546) et trois fois seulement des villosités choréales; en 1892, Boisleux a trouvé des villosités choréales (fig. 547) et démontré que ce sont celles qui persistent le plus longtemps; les préparations histologiques de cet auteur jettent une vive lumière sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. La figure 544 représente la muqueuse utérine normale, la figure 545 l'hypertrophie des glandes dans la grossesse ectopique; les figures 546, 547 et 548 les cellules déciduales et les villosités choréales. La présence seule de ces éléments histologiques dans le liquide extrait d'une hématocèle suffit pour démontrer que la tumeur est consécutive à une grossesse extra-utérine.

2° *Grossesse ectopique abdominale.* — Elle peut être *primitive* ou *secondaire*.

Elle est *primitive;* ce sont les cas où l'ovule a été fécondé dans la cavité abdominale; on comprend que de tels faits soient très rares;

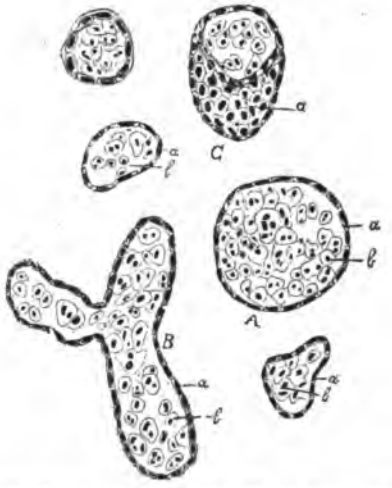


Fig. 547. — Villosités choréales recueillies sur la muqueuse d'une trompe qui contenait une grossesse extra-utérine.

a, villosité; *b*, cellules polynucléaires.

ils ont même été contestés; on a cependant relaté quelques cas dans lesquels on a trouvé les trompes intactes et sans communications avec le sac.

Elle est *secondaire* lorsqu'elle n'est que la conséquence d'une grossesse tubaire dont l'œuf a été expulsé en bloc dans la cavité abdominale. Le mécanisme de la migration et de la fixation de l'œuf dans ces conditions est encore fort discuté. Ce qui est certain c'est qu'il

existe des observations authentiques dans lesquelles l'œuf a parcouru toutes les phases de son développement dans l'abdomen.

Dans ces cas l'œuf s'entoure de membranes qui adhèrent aux organes voisins et sont formées par une sorte de péritonite adhésive.

3° *Grossesse ovarique.* — Elle est également fort rare et son existence a même été contestée.

La possibilité d'une fécondation ayant lieu dans le follicule de de

Fig. 548. — Villosités recueillies sur la muqueuse d'une trompe qui contenait une grossesse extra-utérine.

Graaf rompu n'a cependant rien d'invraisemblable ; le grand nombre de tumeurs ovariennes contenant des kystes fœtaux semble en être la démonstration.

On a beaucoup discuté sur les caractères que présentent les grossesses ovariques ; nous croyons avec Werth qu'il n'existe qu'un signe anatomique positif de cette variété de fécondation ectopique ; c'est lorsqu'il est bien démontré que le sac fœtal provient des annexes et que l'examen de la trompe établit manifestement qu'elle n'a pu participer à la formation de ce sac.

4° *Grossesse dans une corne utérine.* — Les faits de ce genre avaient d'abord été considérés comme des grossesses tubaires. Sanger et Kussmaul en ont recueilli 29 observations qui prouvent que cette anomalie est loin d'être rare.

On comprend qu'il soit difficile d'établir le diagnostic sur le vivant ; c'est donc une question d'anatomie pathologique.

La corne rudimentaire dans laquelle se développe la tumeur fœtale

est souvent séparée du reste de l'utérus par un pédicule ; la trompe est intacte et présente la longueur normale ; Kussmaul donne comme caractère important que le ligament rond s'insère en dedans du kyste fœtal et non en dehors comme cela a lieu le plus souvent dans les grossesses tubaires.

Evolution anatomique et physiologique des grossesses extra-utérines. — Nous décrirons plus loin la symptomatologie des grossesses ectopiques ; nous devons simplement passer en revue les *modifications anatomiques* qui surviennent le plus souvent.

Deux cas peuvent se présenter : le kyste se rompt spontanément dans les premiers mois ; la grossesse arrive à terme ou près du terme.

A. **Rupture du kyste.** — Elle a lieu entre le deuxième et le troisième mois dans la *grossesse tubaire ;* entre trois et quatre mois pour la *grossesse tubo-abdominale ;* dans des cas très exceptionnels la rupture n'a lieu que près du terme et produit les phénomènes désignés sous le nom de *faux-travail.*

La rupture donne lieu à l'hémorragie péritonéale dont nous avons parlé dans le chapitre précédent (hématocèle).

B. **La grossesse arrive à terme.** — Cette éventualité, qui est fort rare, ne se produit guère que pour les grossesses abdominales et ovariques.

On voit alors se produire à l'époque du terme les symptômes du faux travail ; le col est effacé ; l'utérus se contracte et expulse une véritable caduque ; au bout de quelques jours, si la mère résiste et qu'il n'y ait pas de rupture, on peut constater les signes de la mort du fœtus.

Evolution du fœtus. — Après la rupture du sac le fœtus meurt, sauf dans les cas très exceptionnels où le placenta est resté adhérent et où le développement de la grossesse a pu continuer dans la cavité abdominale.

Que cette mort ait lieu au début ou à une période plus avancée de la grossesse, le fœtus constitue un corps étranger qui peut subir diverses modifications.

Dans les cas heureux le liquide amniotique se résorbe, les membranes s'épaississent et il se forme ainsi une sorte de kyste fibreux.

Lorsque le fœtus est plus volumineux et séjourne très longtemps dans le bassin sans produire d'accidents, il subit une *calcification*. La tumeur prend alors le nom de *lithopédion*.

Mais le plus souvent la tumeur fœtale s'infecte et suppure; on observe alors les signes cliniques des abcès péri-utérins qui peuvent s'ouvrir dans le rectum, le vagin ou la vessie; beaucoup plus rarement dans l'utérus ou par la paroi abdominale.

Modifications de l'utérus. — Cet organe subit, pendant la grossesse ectopique des modifications d'ordre sympathique qui rappellent celles de la gestation normale. L'organe est considérablement augmenté de volume et la cavité présente une profondeur de 12 à 14 centimètres, la muqueuse se tapisse d'une caduque qui s'élimine lorsque surviennent les phénomènes du faux-travail ou s'atrophie graduellement.

La situation de l'utérus est modifiée selon la position du kyste fœtal; il est en général refoulé en avant ou sur les côtés.

Diagnostic. — On comprend que pendant les premiers mois le diagnostic ne repose que sur des probabilités. On observe en effet les symptômes ordinaires de la grossesse : suppression de la menstruation, gonflement des seins, nausées, gonflement abdominal, etc.; mais, à moins d'avoir des raisons spéciales de soupçonner une gestation anormale [1], ces signes n'ont rien de particulier.

Pinard a cependant appelé l'attention sur un point important; la menstruation persiste parfois ou présente des irrégularités qui appellent l'attention. Le praticien doit donc toujours penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine lorsque les signes présentent quelques caractères anormaux.

Mais, en admettant que l'attention soit appelée sur la possibilité d'une grossesse ectopique, peut-on la diagnostiquer avec quelque précision pendant les premiers mois ? Nous n'hésiterons pas à répondre négativement. Si le toucher et le palper permettent de constater l'existence d'une tumeur dans le bassin, celle-ci présentera les caractères d'un kyste ou d'une annexite; il est donc impossible de diagnostiquer avec précision une grossesse ectopique pendant les trois ou quatre premiers mois.

Il n'en est pas de même lorsque la rupture du sac a lieu; les symp-

[1] La grossesse extra-utérine a été observée plusieurs fois chez la même femme.

tômes auxquels donne lieu l'hémorragie péritonéale ont déjà été décrits à propos de l'hématocèle.

Après le cinquième mois la grossesse ectopique a plus de chances d'être diagnostiquée. On a d'abord les signes de certitude d'une grossesse : ballottements, mouvement actifs et passifs, battements cardiaques du fœtus, etc., il reste à démontrer l'existence d'une gestation

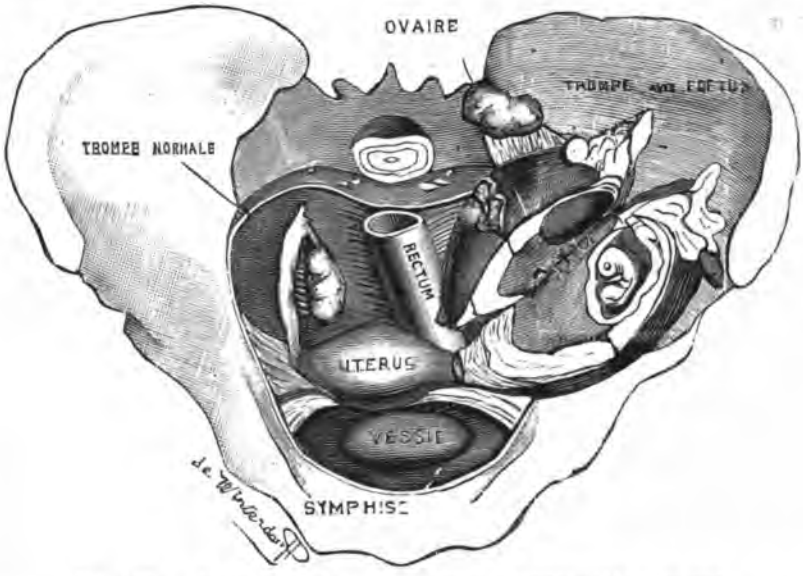


Fig. 549. — Grossesse tubaire avec fœtus reconnaissable à la vue.

anormale et d'établir qu'il existe à côté d'un *utérus vide* un *kyste fœtal*.

Le kyste fœtal est ordinairement enclavé, ou, tout au moins, ne présente pas la mobilité d'un utérus gravide.

Ce que nous venons de dire s'applique aux grossesses ectopiques sans rupture.

Le diagnostic peut cependant présenter de grandes difficultés dans les cas de grossesse gemellaire ; lorsqu'il y a co-existence d'un kyste de l'ovaire et, fait qui a été constaté lorsque la femme présente à la fois un kyste *fœtal* et une *grossesse normale*.

Symptomatologie. — Nous allons maintenant étudier les symptômes pathologiques de la grossesse ectopique. Si dans quelques cas fort rares l'évolution suit son cours sans donner lieu à des accidents, il n'en est pas ainsi dans la grande majorité des cas.

Dès la fin du premier mois, l'œuf enfermé dans la trompe peut se rompre et donner lieu aux symptômes extrêmement graves que nous avons décrits en traitant de l'hématocèle. Ce sont ceux qui accompagnent l'hémorragie ou *inondation péritonéale.*

C'est entre le troisième et le quatrième mois que les accidents se produisent le plus souvent ; voici le tableau habituel : douleur subite et extrêmement intense au niveau d'une des fosses iliaques ; contractions utérines coïncidant avec du ténesme et des troubles de la défécation et de la miction ; lipothymies et autres symptômes graves de l'hémorragie interne.

Quelquefois les douleurs utérines ont un caractère expulsif ; il se produit alors un écoulement sanguin et parfois l'expulsion d'une véritable caduque.

La mort peut survenir à la suite de ces symptômes graves ; elle est due à l'hémorragie et à la péritonite.

Si la malade résiste à ce premier choc, et s'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, l'hémorragie peut s'arrêter spontanément, la tumeur sanguine peut se constituer pour former l'hématocèle dont nous avons décrit plus haut la symptomatologie et le traitement.

A une époque plus rapprochée du terme la rupture est moins fréquente ; l'hémorragie peut avoir lieu dans le sac (*H. inter-kysto-placentaire*) et produire la mort du fœtus. C'est alors qu'on observe les phénomènes si curieux du *faux travail.*

Ce pseudo-travail dure de quelques heures à quelques jours. L'utérus se contracte d'une façon rythmique et les douleurs présentent un caractère expulsif très prononcé ; il se produit le plus souvent un écoulement sanguinolent et on trouve dans les produits expulsés des fragments de caduque.

Une fois les douleurs calmées, la tumeur tend à prendre l'aspect d'un kyste ; le fœtus, qui a succombé, se macère, se modifie et présente l'infiltration calcaire qui lui a fait donner le nom de *lithopédion.*

Indépendamment de ces signes cliniques la mort du fœtus se reconnaît à la cessation des battements du cœur et des mouvements, à la montée du lait (ce signe peut manquer) et à un certain degré de ramollissement de la tumeur.

Si la femme a résisté aux phénomènes que nous venons de décrire, on se trouve en présence d'une tumeur fœtale qui restera inerte dans l'abdomen ou se terminera par la suppuration.

Celle-ci peut avoir lieu spontanément ou à la suite d'une thérapeu-

tique palliative (ponction, etc.) ; l'abcès englobe le fœtus et les annexes dont il produit la dissociation; il peut s'ouvrir dans le péritoine et produire des accidents rapidement mortels; dans des cas plus heureux il se fraie une issue par le rectum ou le vagin présentant ainsi les symptômes habituels des suppurations pelviennes.

Fig. 550. — Grossesse extra-utérine de cinq mois. Variété dite « abdominale » 1/3 grandeur (Zweifel et Byford).

Pronostic. — Ce que nous venons de dire suffit pour expliquer l'extrême gravité du pronostic des grossesses ectopiques. Sur les 508 cas recueillis par Parry, on a observé une mortalité de 67 p. 100.

Il est probable cependant que la léthalité est moins élevée. Un très grand nombre de grossesses tubaires se terminant par la rupture au début de la gestation, passent inaperçues et donnent lieu à des accidents non expliqués et à la formation de petites tumeurs compatibles avec l'existence.

Le pronostic est surtout grave dans les cas malheureusement trop fréquents où la tumeur fœtale est méconnue. Nous verrons en parlant du traitement que la grossesse ectopique est susceptible d'une thérapeutique chirurgicale qui est presque toujours efficace si elle peut être appliquée en temps utile.

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Les chirurgiens aussi bien que les accoucheurs sont aujourd'hui unanimes pour considérer la grossesse ectopique comme susceptible d'un traitement chirurgical dans la grande majorité des cas. Werth avait dit que « toute grossesse extra-utérine doit être traitée comme une tumeur maligne et extirpée ».

Nous acceptons volontiers cet aphorisme, mais à la condition que cette grossesse ait été *diagnostiquée*, ce qui n'est pas toujours facile. Aussi nous paraît-il devoir être remplacé par le suivant formulé par Pinard.

« Toute grossesse extra-utérine *diagnostiquée* commande l'intervention chirurgicale. »

Traitement chirurgical. — Il a été magistralement exposé par M. Segond à qui nous empruntons la thérapeutique chirurgicale [1].

Segond accepte la règle formulée par Pinard en ce qui concerne l'utilité de l'intervention lorsque le diagnostic est établi ; il divise, au point de vue spécial du traitement, les grossesses ectopiques en deux catégories : les grossesses de *moins de cinq mois;* les *grossesses* de *plus de cinq mois.*

TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE MOINS DE CINQ MOIS

I. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement. — L'ablation totale, par laparotomie, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'évacuation par incision, avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.

Cas particuliers : a. *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par laparotomie reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les difficultés de l'énucléation, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du drainage sus-pubien.

[1] Traitement des grossesses extra-utérines par Paul Segond, congrès périodique de gynécologie ; 2e session, Marseille, octobre 1898.

b. *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par laparotomie. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

c. *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut les enlever par hystérectomie vaginale; mais, comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. — Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'extériorisation intra-utérine conseillée par Kelly).

d. *Coexistence avec la grossesse ectopique de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer).* — Durant les trois ou quatre premiers mois, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'ablation totale par voie vaginale est certainement l'opération la plus avantageuse. — Passé cette date, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la laparotomie reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. — Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, séance tenante et par la même voie, procéder à l'ablation nécessaire.

II. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.

A. Traitement des complications hémorragiques. — Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'hémato-salpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limités dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ses termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale mais constituant une tumeur énucléable*

en totalité. — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin, et d'autres par le ventre. Cette opération très conservatrice, et par conséquent séduisante, n'a sans doute que des indications exceptionnelles. — Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. — Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie. — A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin, il faut faire la castration utéro-annexielle totale, par le vagin, durant les quatre premiers mois, et passé cette époque, par laparotomie.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent; mais la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. — Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorragie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale. — La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en

particulier, les manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite. Elle permet aussi d'ouvrir les collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. — Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'incision ischio-rectale ou la laparotomie sous-péritonéale. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La laparotomie n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'opération secondaire, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est enfin nécessaire de la pratiquer d'emblée, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (retour offensif de l'hémorragie; grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner), et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. — En cas d'hématocèle la laparotomie conduit souvent à des ablations incomplètes qui nécessitent le drainage sus-pubien combiné ou non au drainage vaginal. — Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la castration abdominale totale.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorragiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorragies profuses (inondation péritonéale).* — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorragies très abondantes susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité, et l'intervention 85 p. 100 de guérisons; comme la moindre obser-

vation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : En présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible. — Il ne saurait être ici question d'intervention par voie vaginale. — La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.

B. Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. — L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse à enlever ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS

Sauf pour certains kystes fœtaux, la laparotomie est ici la seule intervention possible.

I. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant. — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : Quand et comment faut-il opérer ?

Quand faut-il opérer ? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais pas encore viable, ou même quand il est viable, mais point à terme, la réponse est plus délicate. — Lorsqu'un fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de

la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. — Lorsqu'on est au contraire plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant à cette condition tout à fait irréductible, que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. — L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer? — L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac, avec abandon du placenta; l'extériorisation avec ablation du placenta; l'ablation totale du kyste fœtal. — Les faits le démontrent et la prudence l'exige; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. — A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la première concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La deuxième se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La troisième, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.

A. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorragie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'hémorragie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. — L'extériorisation du

kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des interventions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. — A son tour, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention; à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. — La même similitude se trouve dans le traitement : l'élytrotomie doit être repoussée. — Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs, que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile; hémorragie par décollement placentaire; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'élytrotomie reprend ses droits, et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. — L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. — L'extirpation partielle du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux

enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais, ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. — Quant à la castration utéro-annexielle abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les indications, tout à fait restreintes, se résument de la manière suivante : Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elles donnent alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son ossuaire et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. — Il peut se compliquer de lésions péritonéales suppuratives exigeant la laparotomie d'urgence, et celle-ci se termine suivant les cas, par une extirpation totale, ou par une ablation incomplète avec drainage consécutif. — En général, c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. — Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. — Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. — Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum, ou dans la vessie. Dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urètre lorsqu'ils

contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie. »

Ce magistral exposé comporte peu de commentaires; tous les cas sont prévus et les avantanges comparés *de chaque* forme d'intervention sont indiqués avec trop de précision pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans des développements que ne comporte pas le cadre d'un manuel *technique opératoire.*

Nous croyons cependant devoir dire quelques mots de la *technique opératoire* des opérations qui peuvent être appliquées aux grossesses extra-utérines : l'*élytrotomie*, la *marsupialisation* (conservation du sac), l'*ablation totale du sac.*

A. Elytrotomie. — C'est en somme la méthode que nous avons décrite pour le traitement par l'incision vaginale des hématocèles enkystées (voy. p. 598).

Cette opération consiste à inciser le vagin dans le point distendu que fait bomber le kyste fœtal ; elle a été pratiquée avec succès par Pinard dans des grossesses à terme.

La femme est placée dans la position obstétricale. On fait avec le bistouri une boutonnière dans un point où il n'existe pas de battements artériels. Le doigt est introduit pour l'exploration puis l'ouverture est agrandie par la dilatation digitale et des débridements. Lorsque l'opérateur a réussi à introduire la main dans la poche il saisit les parties fœtales et les amène à la vulve par des tractions lentes et graduées. Le cordon sectionné, on va à la recherche du placenta ; si on peut le décoller sans efforts on l'extirpe ; s'il existe une trop grande résistance il est préférable de l'abandonner dans l'intérieur du kyste qui sera tamponné avec de la gaze stérilisée ou légèrement iodoformée.

Ce tamponnement est renouvelé tous les quatre ou cinq jours. S'il survient des phénomènes infectieux il faut faire de fréquents lavages et même de l'irrigation continue. On procède ainsi jusqu'à l'élimination spontanée des débris placentaires.

B. Marsupialisation. — Dans cette opération le chirurgien a pour but de conserver le sac dont l'ablation totale présenterait trop de dangers et d'y laisser au temps et à la nature l'élimination du placenta.

Elle ressemble du reste aux opérations pratiquées dans la cavité abdominale pour des tumurs dont l'énucléation est impraticable.

Après avoir ouvert il faut s'efforcer de fixer le kyste fœtal à la paroi abdominale par des sutures *avant d'ouvrir le sac*. Ce temps de l'opération peut présenter de sérieuses difficultés étant donnée la friabilité que peuvent présenter les parois du kyste ; il faut, dans tous les cas, éviter que les sutures ne pénètrent dans l'intérieur du sac.

Dans les cas où l'on craint les déchirures du sac, Pozzi recommande le procédé suivant : on pratique la laparotomie jusqu'à la découverte du kyste, puis on tamponne la plaie avec de la gaze iodoformée ; ce n'est que le lendemain qu'on procède à l'ouverture du sac qui se trouve alors uni à la paroi abdominale par des adhérences.

Une fois le sac ouvert on extrait le fœtus ; le cordon est alors sectionné entre deux ligatures et le placenta abandonné.

La question du placenta a donné lieu à de nombreuses controverses, quelques chirurgiens ayant réussi à l'enlever avec succès voudraient ériger comme règle ce procédé. Il suffit, pour clore la discussion, de répéter les paroles de Segond : « Tous ceux qui ont pu juger par eux-mêmes des dangers hémorragiques de l'ablation du placenta et, d'autre part, la simplicité des suites opératoires quand il est laissé en place, considèrent son abandon non seulement comme un acte de prudence, mais comme une nécessité impérative. »

Il va sans dire qu'il faut surveiller avec soin l'élimination du placenta qui devra être aseptique. Au moindre symptôme d'infection il faut procéder à des lavages au sublimé au 10 000e ou, mieux encore, avec une solution saturée de naphtol.

On a proposé de hâter la momification du placenta en y appliquant un mélange de tanin et d'acide salicylique ; d'autres chirurgiens préfèrent le benzoate de soude.

C. Ablation totale du sac. — Il est évident que, lorsqu'il est possible d'enlever radicalement le sac et son contenu, on doit donner la préférence à cette opération plus radicale qui permet d'éviter les lenteurs de l'élimination placentaire.

D'abord considéré comme extrêmement dangereuse, l'ablation du sac a été plus récemment pratiquée avec des succès très encourageants. Pozzi a réuni 27 observations d'extirpation totale du sac avec un seul décès ; dans beaucoup de cas l'opération a donné un enfant vivant.

C'est surtout dans les grossesses tubaires sans complications que l'extirpation du col a pu être pratiquée avec succès.

Technique opératoire. — Quoiqu'une intervention de ce genre ne

puisse être soumise à des règles fixes, on peut cependant exposer les principaux temps de l'opération.

Après l'incision abdominale le chirurgien applique des sutures provisoires pour fixer le sac aux lèvres de la plaie.

Le sac est ouvert en évitant les gros vaisseaux et en pratiquant une hémostase rigoureuse.

Le fœtus est enlevé et le cordon lié.

Les sutures provisoires sont enlevées.

L'ablation du sac a lieu comme pour toutes les tumeurs abdominales; il faut décoller les adhérences, agir aussi rapidement que possible en pratiquant l'hémostase avec des pinces.

L'hémostase définitive se fait avec des ligatures, et tamponnement à la gaze iodoformée.

Lorsque les adhérences intestinales ne peuvent être détruites, il faut abandonner les portions du sac qu'il a été impossible d'enlever.

Il est prudent de ne pas refermer complètement l'abdomen et de laisser un drain dans la partie inférieure de la plaie.

HUITIÈME PARTIE

TUMEURS OVARIENNES ET PÉRI-OVARIENNES

(KYSTES DE L'OVAIRE ; OVARIOTOMIE)

On a depuis longtemps cherché à établir une classification des kystes et tumeurs de l'ovaire en se basant sur l'histologie ; mais comme cela arrive trop souvent, les données très précises qui nous

Fig. 551. — Ovaire kystique par néoformation embryonnaire (Malassez et de Sinety).

1, épithélium germinatif de la surface de l'ovaire ; 2, dépressions épithéliales ; 3, tube épithélial s'ouvrant à la surface de l'ovaire ; 4, cavités kystiques de forme et de dimensions variables ; 5, vaisseaux ; 6, stroma ovarien.

ont été fournies par le microscope ne concordent pas avec la clinique.

Les éléments histogéniques qui entrent dans la composition des tumeurs ovariennes sont constitués tantôt par la prolifération de ses tissus normaux (fibromes, myomes, cancer, sarcomes) tantôt par des

produits hétérogènes (kystes dermoïdes) ; ce n'est pas sur de telles bases qu'on peut établir une classification clinique.

En se plaçant sur le terrain purement clinique on peut diviser les néoplasmes ovariens en deux catégories : les *tumeurs solides* et les *tumeurs kystiques ;* mais la première catégorie ne renferme que des variétés peu observées (fibromes et sarcomes), tandis que la seconde embrasse preque toute la pathologie ovarienne.

Les tumeurs kystiques constituent donc le type clinique qu'on rencontre le plus souvent ; ce sont celles qui ont été si souvent décrites sous le nom de *kystes ovariens.* Toutes les autres variétés passent à un rang secondaire et ne méritent qu'une courte description, nous ferons exception toutefois pour le *cancer de l'ovaire* auquel les travaux de Cornil et de Péan ont assigné une place importante dans la pathologie ovarienne.

CHAPITRE PREMIER

KYSTES DE L'OVAIRE

Toutes les parties constituantes de l'ovaire et de la trompe peuvent être le point de départ de productions kystiques ; mais nous ne nous occuperons ici que des tumeurs présentant les caractères cliniques qui les a souvent fait désigner (à tort à notre avis) sous le nom de *kystes géants*.

On peut admettre trois variétés :

Les kystes prolifères ;
Les kystes dermoïdes ;
Les kystes parovariens.

A. **Kystes prolifères.** — Les *kystes prolifères* ou *kystes fermés* également désignés sous les noms de *kystes simples*, *cysto-épithéliomes*, *épithéliomes mucoïdes* sont constitués par une ou plusieurs poches essentiellement closes.

Ils sont *uniloculaires* et *multiloculaires* (fig. 553 et 554). Cette division, établie par Cruveilhier et abandonnée par les auteurs modernes, mérite d'être conservée.

Ce sont des espèces de sacs organisés contenant un liquide et qui se sont développés aux dépens d'une partie quelconque de l'ovaire. Ils commencent par n'être qu'une petite vésicule, mais on ne peut assigner d'autre limite à leur dimension maximum que la contenance même de la cavité abdominale et le degré d'extension que peuvent supporter les parois de l'abdomen (S. Wells).

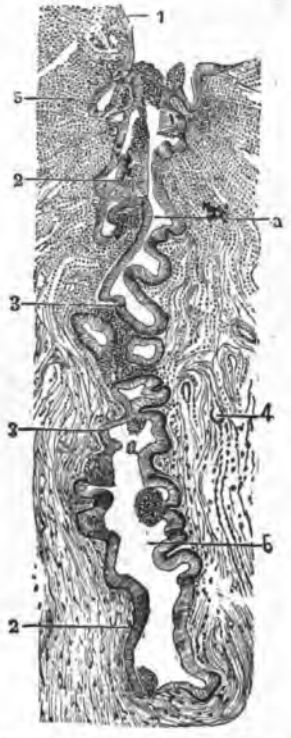


Fig. 552. — Tube épithélial s'ouvrant à la surface de l'ovaire (Malassez et Sinety).

1, revêtement épithélial se continuant avec le revêtement épithélial de l'ovaire ; 2, régions où l'épithélium est à cils vibratiles ; 3, régions où il est caliciforme ; 4, coupe de vaisseau ; 5, stroma ovarien, riche en éléments jeunes dans les régions superficielles, normal dans les régions profondes.

Les parois de ces tumeurs ne représentent, en somme, que le tissu ovarien lui-même, d'où elles proviennent, et qui a continué à s'accroître. Il n'y a aucun élément surajouté. Il y a simplement un excès du développement des éléments normaux.

Rôle du follicule de de Graaf. — La plupart des kystes simples de l'ovaire se développent aux dépens du follicule de de Graaf avant ou après sa rupture. Waldeyer croit que les corps cellulaires qui ne se transforment pas en follicules peuvent devenir le point de départ

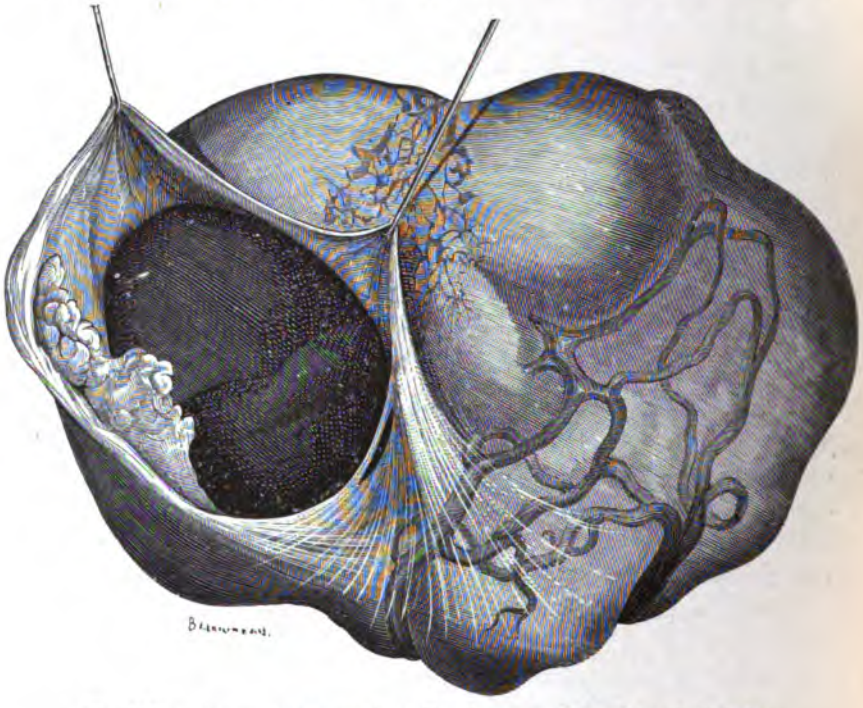


Fig. 553. — Aspect macroscopique d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

de kystes ovariens. Il est vrai que Nœggerath prétend que les corps cellulaires sont de simples vaisseaux sanguins malades et non de l'épithélium germe du follicule. La théorie qui fait concentrer toute l'énergie du processus d'évolution dans la vésicule germinative et qui regarde la destruction de la tache germinative et l'involution du follicule de de Graaf comme le point de départ de toute formation kystique morbide, n'est pas acceptée par tous les auteurs et ne doit être considérée que comme une hypothèse.

Malassez et de Sinety admettent que le kyste ne vient pas du follicule de de Graaf, mais de l'épithélium. Les figures 551 et 552 indiquent le processus tel qu'il est compris par ces auteurs. Cette opinion a été confirmée par Nagel qui a noté plusieurs fois dans le stroma des

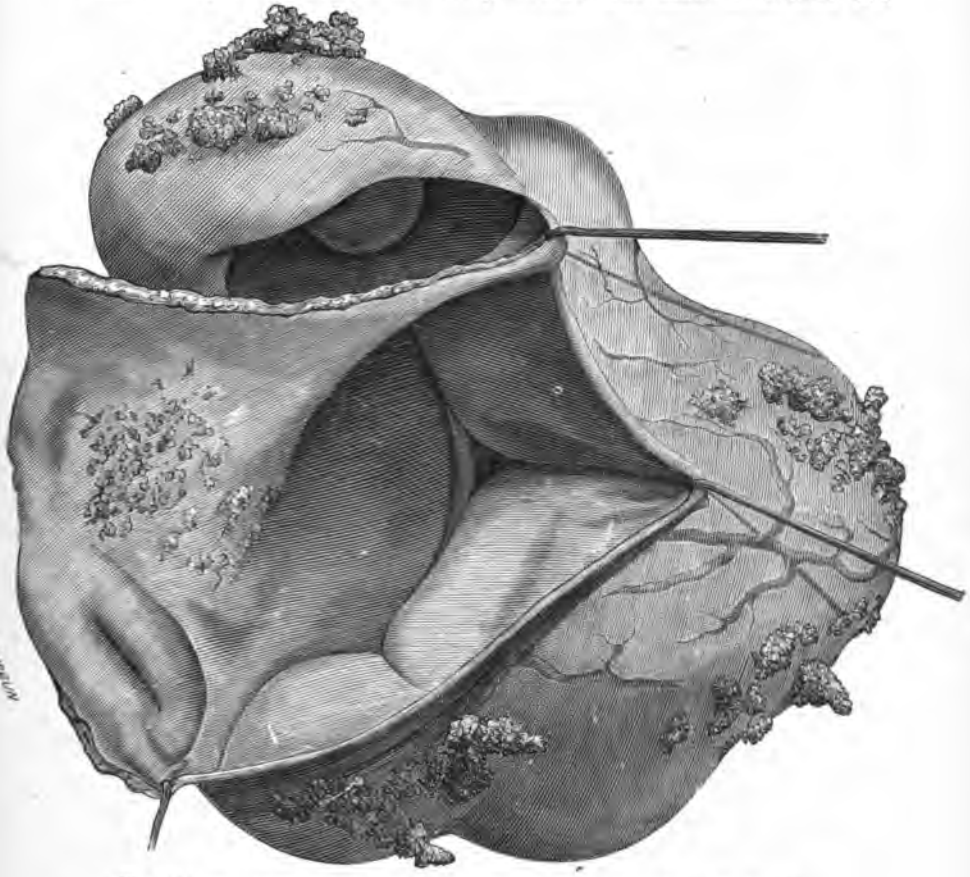


Fig. 554. — Aspect macroscopique d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. (Forme végétante de Péan.)

ovaires enflammés, des invaginations de l'épithélium germinatif qui deviendraient le point de départ de néoformations et particulièrement de kystes. Tant que l'orifice de ces diverticules glandulaires reste ouvert, la sécrétion s'écoule ; s'il vient à se fermer, le liquide s'accumule et il se produit des dilatations kystiques.

Métamorphoses de l'ovaire, hypérémie. — On doit également chercher l'origine des kystes de l'ovaire dans les métamorphoses

continuelles auxquelles cet organe est exposé. Il peut arriver qu'une hémorragie accidentelle, se faisant dans un follicule approchant de la maturité et se trouvant, par conséquent, dans sa période la plus active

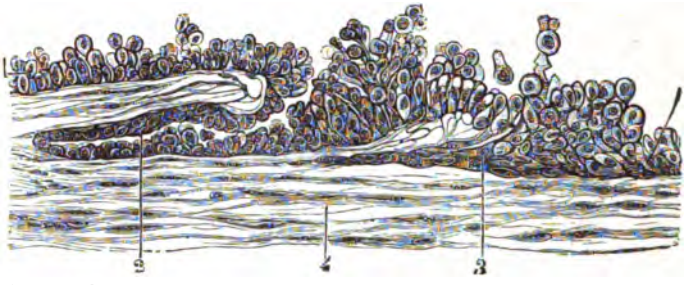


Fig. 555. — Coupe au niveau de régions tapissées d'épithélium métatypique. Enfoncements épithéliaux semblables.

1, revêtement d'épithélium métatypique; 2, enfoncements épithéliaux creux; 3, enfoncements épithéliaux pleins; 5, tissu conjonctif.

de puissance formatrice, crée une tendance à l'hypertrophie morbide.

L'hypérémie est donc un agent actif dans la production des dégé-

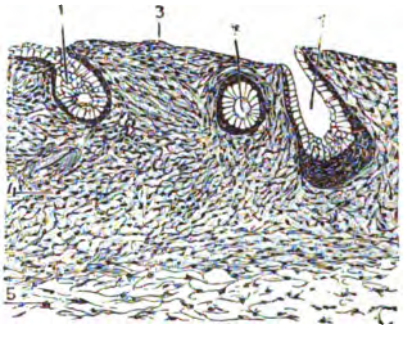


Fig. 556. — Coupe de la membrane propre d'un kyste uniloculaire, au niveau d'enfoncements épithéliaux en forme de doigt de gant.

1, enfoncements épithéliaux en forme de doigt de gant, tapissés d'épithélium caliciforme communiquant avec la cavité kystique. — 2, enfoncements semblables paraissant isolés de la cavité kystique, probablement par suite de l'obliquité de la coupe. — 3, place du revêtement épithélial du grand kyste, enlevé par un accident de préparation. — 4, portions superficielles de la membrane propre en voie de prolifération. — 5, portions profondes restées fibreuses.

nérescences kystiques ; cet état coïncide avec l'hypertrophie physiologique du follicule et la rupture qui en est la conséquence. Scanzoni fait remarquer avec raison que si cette rupture, qui résulte habituellement de l'hypérémie, ne doit pas se produire, et que si le follicule doit être le point de départ d'un kyste, il faudra préalablement que les parois des cellules se soient épaissies. D'après le même auteur, quand on rencontre cet épaississement de la paroi folliculaire, cela

tient à une anomalie de structure du tissu ovarien, ou bien c'est le fait de l'hypérémie qui a provoqué la formation d'exsudats anormaux, dans la membrane limitante du follicule.

Une congestion locale intense peut aussi produire une hémorragie intra-folliculaire, et l'on trouve sur des ovaires adultes des kystes

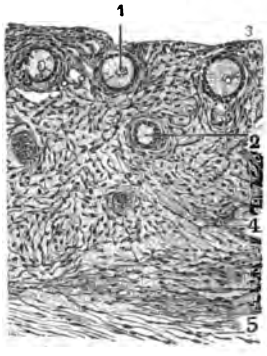


Fig. 557. — Coupe au niveau d'enfoncements épithéliaux en forme de tubes.

1, enfoncement épithélial en forme de tube, s'enfonçant dans la cavité kystique; 2, enfoncements épithéliaux semblables plus profondément situés; 3, portions superficielles de la membrane propre, en voie de prolifération.

distendus par ce mécanisme, qui ont atteint des dimensions considérables.

L'inflammation localisée d'nn seul follicule isolé peut encore être le point de départ d'une dégénération kystique.

L'étude histologique de l'épithélium présente une grande importance pour les kystes prolifères. Dans quelques cas les cellules se

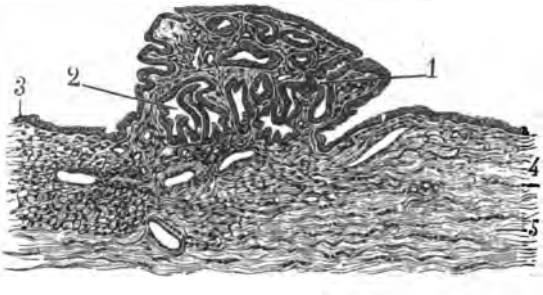


Fig. 558. — Coupe au niveau de végétations conjonctives et épithéliales.

1, enfoncements épithéliaux et communiquant avec la cavité kystique; 2, enfoncements épithéliaux semblables coupés obliquement; 3, revêtement épithélial.

rapprochent des cellules épithéliales embryonnaires que Malassez désigne sous le nom de métatypiques (fig. 555) ; le plus souvent les

parois kystiques présentent intérieurement des néoformations épithéliales ou conjonctives, sortes d'enfoncements et de végétations (fig. 556, 557 et 558).

Ces végétations sont souvent traversées par des tubes épithéliaux

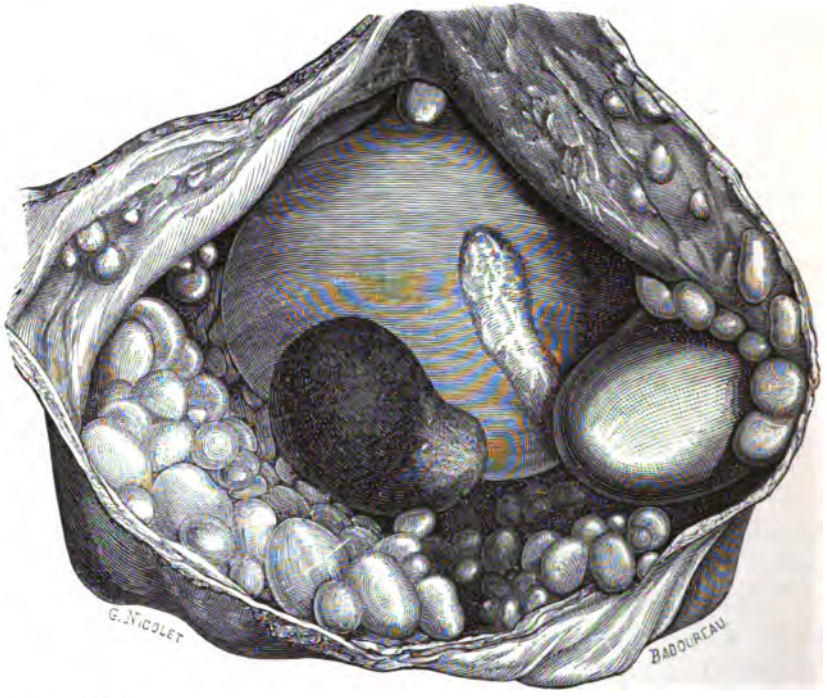


Fig. 559. — Kyste multiloculaire de l'ovaire. On voit que la membrane d'enveloppe est couverte de petits kystes glandulaires.

ou parsemées de cavité kystiques de volume et d'aspect variables (fig. 557) ; ces cavités sont souvent cloisonnées et tapissées d'épithélium (fig. 560).

Kystes ovariens multiples (*kystes aréolaires, multiloculaires*). — Leur développement a lieu de la même façon que les kystes uniloculaires, en vertu de cette tendance générale qu'ont tous les tissus sains à se produire d'une façon anormale. C'est ainsi que l'évolution d'un follicule de de Graaf est exposé à des perturbations diverses, comme par exemple un arrêt dans le développement de l'ovule, ce qui entraîne une production cellulaire énorme, et, par suite, un kyste ovarien uniloculaire, la plus simple des variétés de tumeurs adénoïdes.

Deux follicules de de Graaf peuvent se conduire de la même façon en

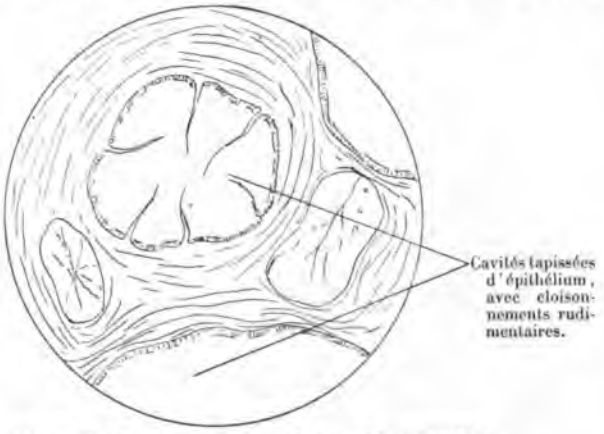


Fig. 560. — Histologie des kystes de l'ovaire (Brandès).

même temps ; ils avortent, croissent côte à côte, se remplissent de

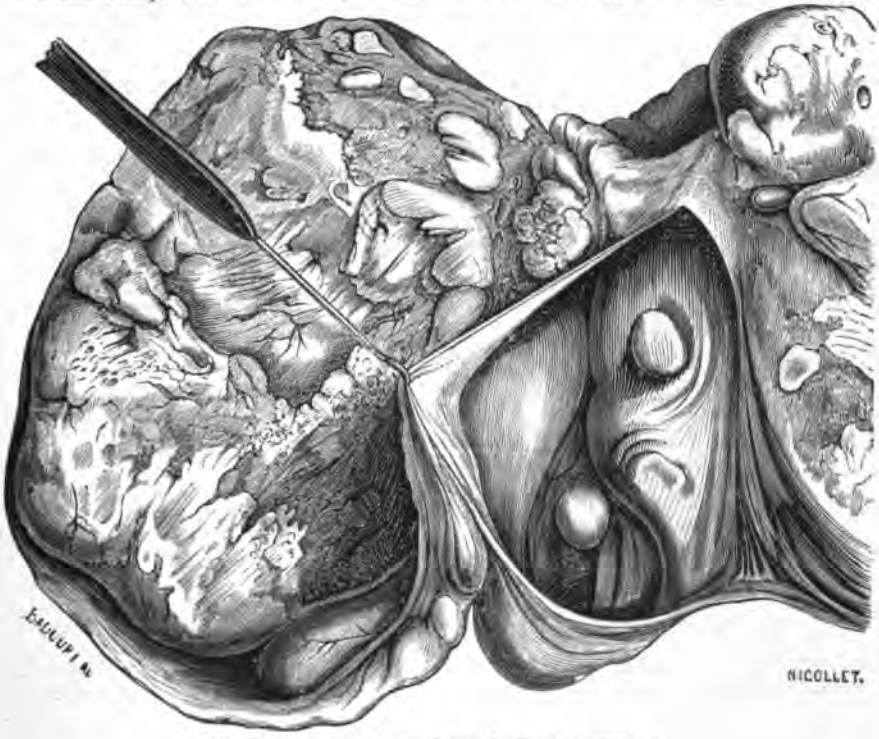


Fig. 561. — Kyste aréolaire de l'ovaire (Péan).

liquide, et forment un assemblage énorme d'organes de même nature

qui se déforment et se stimulent l'un l'autre par compression réflexe, contractant des adhérences anormales en dedans et en dehors, et

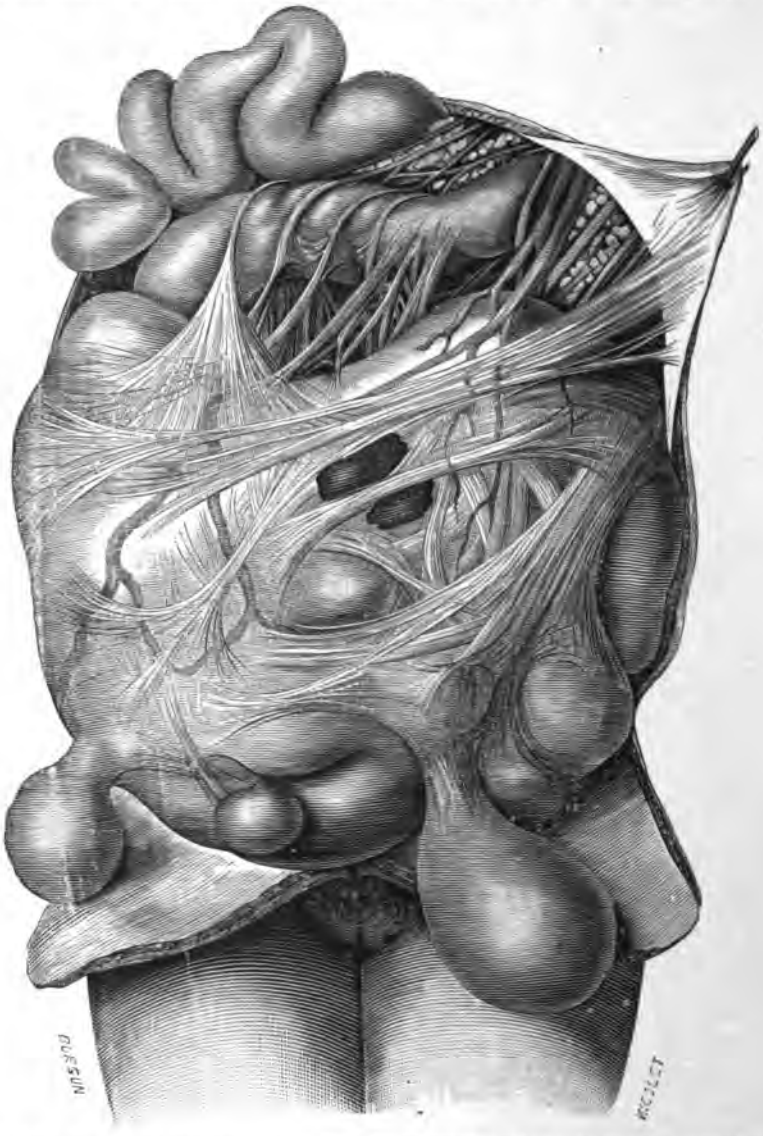


Fig. 562. — Aspect macroscopique d'un kyste multiloculaire de l'ovaire compliqué d'adhérences générales fibreuses, anciennes; il existe des kystes adventices.

enfin, par suite de leur développement excessif, ils amènent, dans leurs parties constituantes, le processus inévitable de l'involution,

et, dans les tissus organisés dont ils font partie, une dégénérescence lente et enfin la mort. C'est là le type d'une tumeur adénoïde avec ses tendances à attaquer et détruire tout sans cependant être de nature maligne (fig. 561 et 562).

Il peut également se former dans l'ovaire, comme dans d'autres organes, des kystes qui sont complètement indépendants des follicules de de Graaf, à l'état de maturité. On a souvent trouvé des kystes qui n'avaient aucun rapport avec les follicules de de Graaf ou les corps jaunes, mais qui paraissaient tirer leur origine du tissu aréolaire profond ou des vaisseaux de la glande. Ils peuvent avoir débuté par de tout petits dépôts de liquide dans un des espaces aréolaires autour duquel le tissu environnant ne tarde pas à se condenser et à former non moins rapidement une membrane capsulaire limitante, sillonnée en dehors des vaisseaux capillaires ; mais ce sont là des exceptions, et les kystes multiculaires ont presque toujours pour point de départ les follicules de de Graaf.

Kystes proliférants. — Spencer Wells avait réservé ce titre pour des kystes caractérisés par une prolifération rapide de leurs éléments.

Ces tumeurs sont constituées par une cavité mère qui contient toute une progéniture de kystes endogènes ou bien qui s'est entourée d'autres productions exogènes. Elles peuvent avoir la même origine que les autres kystes et présenter le début d'un kyste uniloculaire. Lorsqu'on les ouvre, on voit leur cavité encombrée d'autres kystes qui croissent de tous les côtés et qui, se pressant en foule, se déforment l'un l'autre. Sur la partie externe de ces kystes secondaires, il en pousse d'autres qui, à leur tour, peuvent être le siège d'excroissances semblables. Et même, si l'on ouvre ces kystes intérieurs, on peut trouver dans leur cavité une autre série de kystes endogènes, et le processus ne trouve une fin que par le moyen d'espace ou le défaut de vitalité, soit de la part du patient, soit de la partie atteinte. Une section horizontale permet de voir une cavité circonscrite par la paroi du kyste, irrégulièrement aréolaire avec des cloisons membraneuses qui empiètent à chaque angle les unes sur les autres qui représentent les contours des loges et des espaces qui les séparent. L'épaisseur des parois marche généralement de pair avec le développement des kystes ; ceux qui sont petits ressemblent à des vessies distendues : cependant, il y a une de ces productions additionnelles qui est pourvue de tissu fibreux et des vaisseaux qui pénètrent dans le pédicule et se ramifient partout.

Les kystes proliférants n'ont pas tous le même degré de fécondité. Il y en a dont la prolifération n'aboutit qu'à une réplétion mortelle pour eux : d'autres se remplissent de liquide et font vivre plusieurs groupes ou seulement un groupe symétrique de cellules secondaires qui ont une place suffisante pour ne pas se gêner mutuellement et qui se perdent dans la cavité. De temps à autre seulement l'apparition d'un bourgeon solitaire montre la tendance proliférative de la cavité mère.

Kystes papillaires; kystes dégénérés. — A côté des kystes prolifés *fermés* il convient de décrire une variété beaucoup plus rare qui est

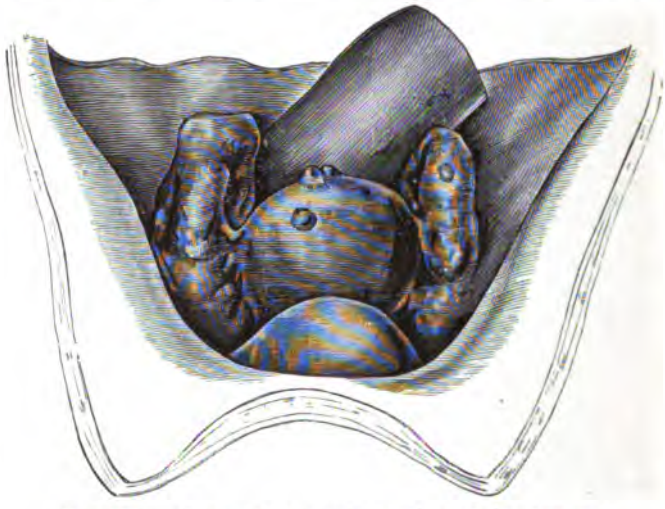


Fig. 563. — Kyste dégénéré des ovaires et des trompes.

constituée par des amas de végétations papillomateuses amoncelées autour de l'ovaire (fig. 363 et 364).

Quoique ne présentant pas les caractères anatomo-pathologiques des kystes ovariens lorsqu'elles ont atteint un certain développement, ces tumeurs semblent s'y rattacher par leur origine.

Il a été en effet démontré que ces kystes peuvent débuter, soit à la surface de l'ovaire, soit dans des cavités analogues à celles des kystes multiloculaires.

Les kystes papillaires sont donc des *tumeurs fermées* dans la première période de leur évolution ; ce n'est que lorsqu'ils prennent un développement considérable, qu'ils font éclater la poche et se répandent autour de l'ovaire pour prendre l'aspect végétant.

Ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable, s'inoculer de proche en proche et envahir le péritoine. Elle donnent alors naissance à une ascite.

Cette évolution des kystes papillaires désignés par Péan sous le nom

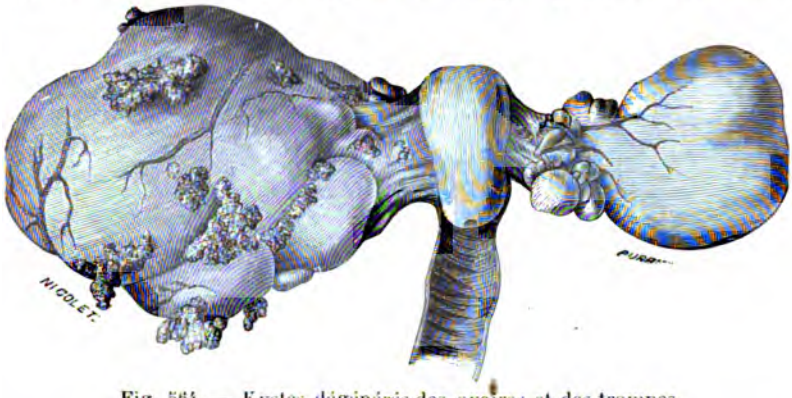


Fig. 564. — Kystes dégénérés des ovaires et des trompes.

de *kystes dégénérés*, a été considérée par quelques auteurs comme une *transformation cancéreuse*.

La question a été longtemps étudiée par les histologistes et les cliniciens sans recevoir de solution satisfaisante; Kohn a observé la dégénérescence cancéreuse dans 71 cas sur 600 tumeurs kystiques opérées par Schrœder.

Les examens histologiques faits par Cornil sur des tumeurs opérées par Péan n'ont pas permis de conclure dans un sens affirmatif. Les figures 565, 566 et 567 indiquent les examens faits par cet éminent histologiste qui résume ainsi le résultat de ses recherches. « Il s'agit d'une tumeur kystique multiloculaire, dont les végétations sont recouvertes d'un épithélium cylindrique à plusieurs couches; les végétations sont muqueuses et les papilles sont formées d'un tissu riche en cellules; ce genre de tumeurs est d'un pronostic plus grave que celui des kystes multiloculaires ordinaires. »

La tumeur fut enlevée par Péan et il n'y eut pas de récidive.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien doit réserver son pronostic lorsqu'il soupçonne l'existence d'un kyste papillaire; il doit savoir que, si la dégénérescence cancéreuse n'est pas démontrée, ces tumeurs ont une tendance à la prolifération et à envahir le péritoine.

On doit en soupçonner l'existence :

1° Lorsqu'il existe de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs;

2° Lorsqu'une tumeur déjà ancienne prend brusquement un grand développement sans qu'il existe des phénomènes inflammatoires;

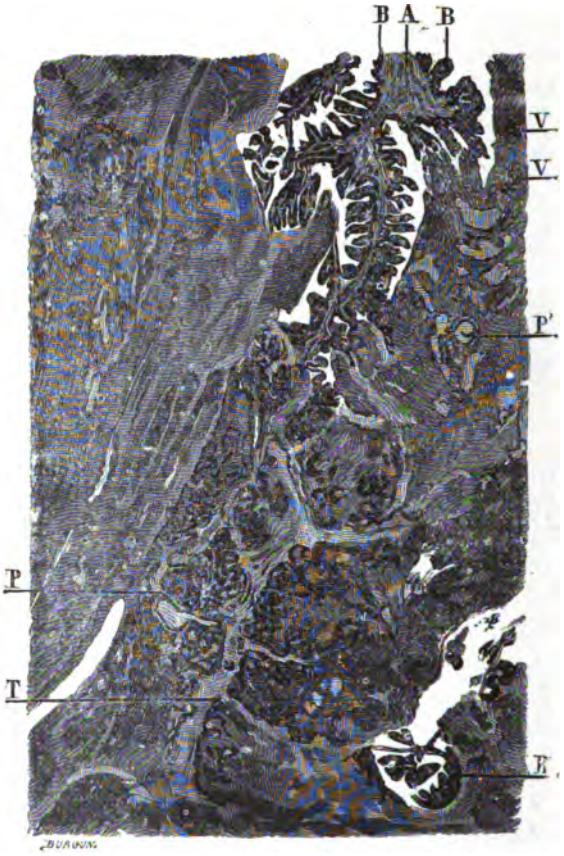


Fig. 565. — Kyste dégénéré de l'ovaire (gros bourgeon grossissement à 30 diamètres).

T, travées fibreuses des papilles; BB', papilles recouvertes de couches épithéliales; T', travée hérissée de papilles continuant la travée supérieure A; P, papilles; P', papilles mortifiées; V, V, épanchements sanguins.

3° Lorsque la tumeur contracte rapidement des adhérences avec les organes voisins.

B. **Kystes dermoïdes.** — Spencer considère les kystes dermoïdes comme une autre forme de tumeur proliférante.

Ici le développement se poursuit à un degré très avancé. Les néoformations accidentelles se rencontrent dans les kystes de l'ovaire plus rarement qu'un contenu liquide, mais cependant assez souvent pour présenter non seulement un intérêt de curiosité, mais aussi une

importance pathologique réelle. Parmi ces substances, il faut citer des fibres musculaires striées, du tissu cérébral et nerveux, des os, du tissu adipeux et toutes les variétés de tissus dermoïdes tels que poils, dents et glandes. Il est de règle que ces kystes subissent un arrêt de développement : au bout d'un certain temps ils restent station-

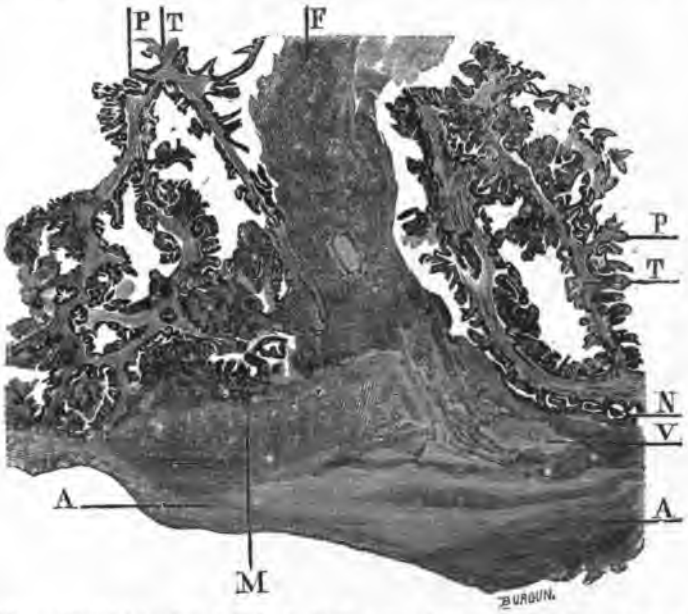


Fig. 566. — Périphérie d'un lobule de la tumeur; travées et papilles qui en partent.

A, A, surface d'un lobule de la tumeur formée par une coque fibreuse; F, grande travée mortifiée; MN, papilles végétantes parties de la coque fibreuse de la tumeur; PP, papilles couvertes d'épithélium et limitant des cavités remplies de petites cellules; TT, travées vivantes anastomosées les unes avec les autres et hérissées de papilles; V, vaisseau du côté profond de la coque fibreuse dont les branches sont minces et pourvues d'endothélium.

naires; et si l'abdomen du patient continue à augmenter de volume cela est généralement dû à un épanchement ascitique résultant de l'irritation causée par le kyste. Parfois on constate de l'inflammation et de la suppuration et le contenu se fraye une issue par des orifices communiquant avec les voies naturelles ou par des ouvertures fistuleuses à travers les parois abdominales.

Virchow donne la description suivante de la néo-formation de ces kystes : le stroma accumulé dans une tumeur ovarienne volumineuse formait des saillies dans différents points des parois du kyste et entre les kystes ont trouvait une grande quantité de tissu dense, comme fibrillé, formant une masse blanchâtre qui renfermait des nodules d'une couleur blanc jaunâtre variant du volume d'une cerise à celui

d'une grosse pomme. Il y en avait peu dont l'aspect se rapprochât de celui du tissu glandulaire ; ils étaient finement marbrés de jaune, leur consistance était ferme mais non dure. Ils ne présentaient nulle part de disposition manifestement fibrillée ou fasciculée. Mais on voyait, au microscope, des couches denses de fibres musculaires striées dont la forme et les caractères généraux étaient les mêmes

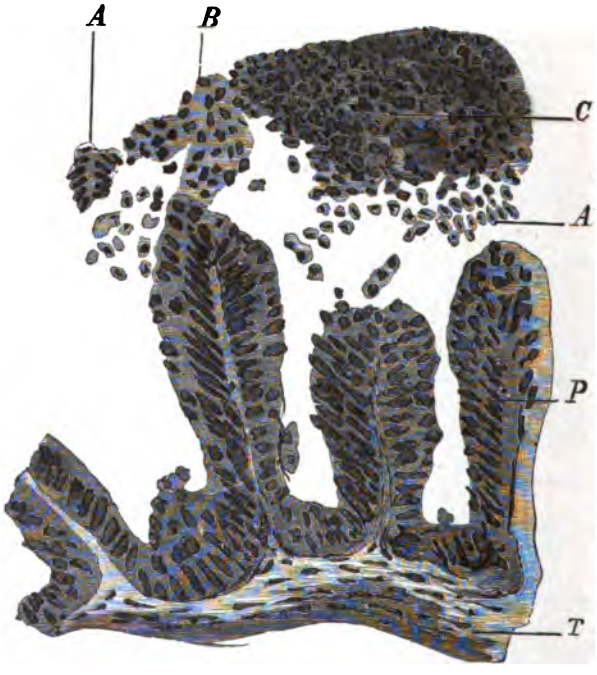


Fig. 567. — Papilles du revêtement épithélial des papilles et des travées.

AA, cellules cylindriques desquamées ; B, cellules rondes présentant encore un noyau coloré par le carmin ; C, cellules agglomérées et mortifiées dont les noyaux ne se colorent plus par le carmin et qui remplissent les espaces teintés par le bourgeonnement des papilles.

que ceux que l'on observe chez l'embryon. Les fibres simples étaient longues, pas très larges, les cellules fusiformes possédaient un long noyau ovale et la striation transversale est très bien marquée.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent être simples ou multiples et dans une tumeur multiple il peut y avoir plusieurs kystes qui aient une composition semblable. Les parois des kystes sont très épaisses ; la face peut être uniformément lisse, mais le plus souvent elle est rendue inégale par la présence de petites élévations circonscrites dont elle est parsemée, et il peut même y en avoir qui font de petites saillies de forme conique. Les organes tégumentaires contenus dans

ces kystes atteignent souvent un développement très grand. Il en sort

Fig. 568. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

des touffes abondantes de cheveux, parfois de plusieurs pouces de long blonds ou roux plus souvent que noirs ou bruns. Ces cheveux

naissent de follicules distincts en rapport avec des glandes sébacées. La composition du tissu osseux est celle d'un os véritable ; les canaux d'Havers et les cellules osseuses sont disposés en lamelle bien que les ostéoplastes soient souvent de grande dimension et aient peu de canalicules ramifiés. Dans quelques cas, les pièces osseuses sont maintenues entre elles par une espèce de fausse articulation formée par le périoste et du tissu fibreux dense. Les dents se développent soit dans la substance osseuse, soit dans le stroma du kyste. Il y en a dont la structure est parfaite et semblable à celle des dents ordinaires, mais la plupart ne sont qu'à l'état rudimentaire (fig. 568).

Les tumeurs dermoïdes passent pour être rares. Peaslee dit d'une façon vague qu'on les rencontre dans la proportion de 1,5 à 2 p. 100. Wells en a constaté 22 dans ses mille cas d'ovariotomie. Ce chirurgien en a enlevé une chez une enfant de huit ans, et cela avec succès.

Kystes dermoïdes mixtes. — Il existe des tumeurs ovariennes mixtes dans lesquelles on trouve les éléments des kystes dermoïdes associés avec les éléments qui constituent les autres variétés de tumeurs ovariennes.

En somme toutes les variétés de kystes que nous avons décrites peuvent coexister et former ainsi des tumeurs complexes dont le diagnostic est à peu près impossible avant que l'ouverture de la cavité abdominale en ait permis l'autopsie.

C. **Kystes parovariens.** — On désigne sous ce nom un groupe de tumeurs kystiques qui ont leur origine dans le ligament large ; ils résultent de la distension de l'un des tubes du *parovarium* plus généralement désigné sous le nom d'*organe de Rosenmüller* lequel n'est autre chose que le reste du corps de Wolff. Voici comment Eustache décrit cette variété de tumeur [1] :

« Les kystes du parovarium ont un développement très lent et n'acquièrent qu'un volume modéré ; on les a vus un certain nombre de fois prendre une extension considérable et remplir toute la cavité de l'abdomen. Ils surviennent généralement chez les jeunes femmes.

« Le liquide qu'ils renferment est limpide, clair d'un poids spécifique se rapprochant beaucoup de celui de l'eau, ne renfermant que des traces d'albumine que l'acide nitrique précipite, mais qui n'est pas atteint par la chaleur. Ils sont presque toujours uniloculaires, à parois

[1] *Maladies des femmes.* Paris, 1882.

minces, le plus souvent sessiles et enfoncés dans l'épaisseur des ligaments larges, quelquefois pédiculés.

« L'ovaire en est presque toujours distinct et son mésovarium est intact : la trompe de Fallope est au contraire en rapport plus ou moins

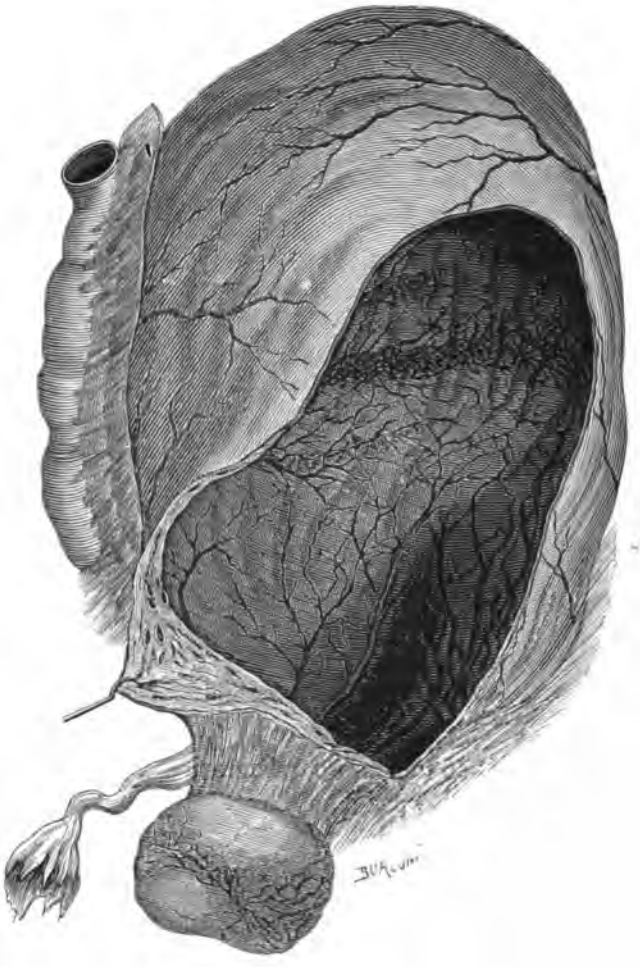


Fig. 569. — Kyste parovarien type.

intime avec le kyste, à la surface duquel elle est établie, bien plus souvent que dans les kystes ovariques proprements dits.

« Les parois du kyste, assez minces, renferment une certaine quantité de fibres musculaires lisses, provenant de la distension des ligaments larges, qui expliquerait peut-être comment ils guérissent

souvent après une simple ponction. La couche interne est formée d'épithélium à cils vibratiles.

« Ces kystes présentent un intérêt réel au point de vue chirurgical, à cause de leur caractère sessile et de leurs rapports de contiguïté avec les divers organes du petit bassin, utérus, uretère, qui peuvent être blessés pendant l'opération. Malheureusement le diagnostic différentiel ne peut jamais être absolument certain. »

Les kystes du ligament large ne sont pas très rares ; Olshausen en

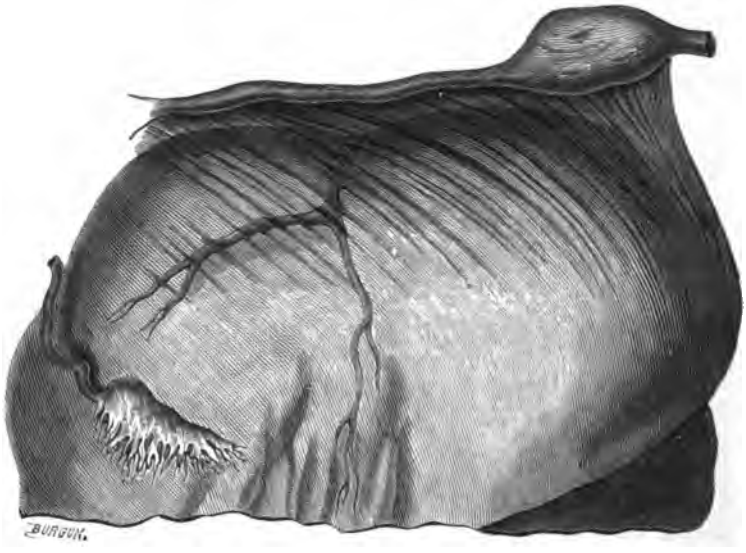


Fig. 570. — Kyste parovarien hyalin.

a rencontré 32 sur 284 tumeurs ovariennes ; cette proportion est plus élevée que celle signalée par d'autres opérateurs.

On admet trois variétés de kystes parovariens : les *kystes hyalins*, les *kystes papillaires* et les *kystes dermoïdes*.

1° *Kystes hyalins.* — Sauf quelques exceptions ils sont uniloculaires (fig. 570) ; ils sont constitués par une poche très mince recouverte par les feuillets du ligament large ; sauf lorsqu'ils sont très volumineux. Ils sont rarement adhérents ; l'intérieur de leur cavité est tapissée par un épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles.

2° *Kystes papillaires parovariens.* — Ils présentent les caractères que nous avons décrits pour les kystes végétants de l'ovaire. Ils sont considérés par Lawson-Tait comme ayant pour origine un kyste

hyalin dégénéré. Cette opinion est contestée par Doran qui leur donne une origine sous-séreuse.

Ils sont en général bénins et d'un petit volume. Cependant on a signalé des cas où les kystes papillaires d'origine parovarienne se sont étendus du côté de la cavité abdominale.

La variété que nous avons décrite plus haut sous le nom de kystes dégénérés peut figurer dans la catégorie de ces tumeurs.

3° *Kystes dermoïdes parovariens.* — Leur existence a d'abord été contestée ; mais nous possédons aujourd'hui des observations authentiques de kystes dermoïdes coïncidant avec l'existence d'ovaires parfaitement sains. Ils ont, comme les autres kystes parovariens, leur origine dans le corps de Wolf.

D. **Kystes péri-ovariens.** — Nous décrivons sous ce nom certaines variétés de kystes formés aux dépens des trompes et du stroma ovarien. Ce sont de petites tumeurs bénignes qui présentent peu d'importance au point de vue clinique. Elles ont été signalées par Spencer Wells et quelques autres auteurs sous les noms de *kystes simples du ligament large* et de *kystes tubo-ovariens.*

1° *Kystes simples du ligament large.* — Les tumeurs simples extra-ovariennes que l'on trouve dans le ligament large sont d'habitude des kystes développés aux dépens, soit des tubes du corps de Rosen-Müller, soit des culs-de-sac terminaux du corps de Wolff. Ces petits corps vésiculaires que l'on voit appendus près des franges de la trompe ou d'un feuillet d'un ligament large, sont remplis de liquide et peuvent parfois atteindre la grosseur d'une noix ou d'un œuf. Lorsqu'on en rencontre, en faisant une autopsie, on constate qu'ils ont des parois minces, recouvertes par le péritoine, qu'ils sont sans adhérences, que leur contenu est transparent et qu'ils possèdent un pédicule petit et tubulaire. La minceur de leurs parois, jointe à la fragilité de leur pédicule, explique la fréquence de leur rupture avant qu'ils n'aient donné lieu à aucun trouble symptomatique. Il existe une autre forme de kyste simple extra-ovarien, décrit par Huguier sous le nom de « kystes séreux extra-utérins ». Leur siège de prédflection semble être le tissu cellulaire qui unit le péritoine à l'utérus, et on les trouve principalement à la partie postérieure de cet organe. Ils atteignent quelquefois la grosseur d'une orange, mais la plupart du temps ils présentent un volume insignifiant.

2° *Kystes tubo-ovariens.* — Ces kystes ont été décrits pour la première fois sous ce nom par Ad. Richard et L. Labbé. Ils avaient été décrits antérieurement, sous le nom d'*hydropisie tubaire*. Dans la plupart des cas, les parois de ces kystes sont formées aux dépens des trompes et du stroma de l'ovaire. La portion ovarienne des parois du kyste présente une membrane limitante réticulée ou lisse, d'une couleur jaune, jaune rougeâtre ou rousse, qui cesse au niveau de la partie tubaire. Il n'y a généralement que le tiers externe de la trompe qui est dilaté, et le tiers moyen ne participe que très légèrement à la formation du kyste.

La genèse de ces kystes a été ainsi expliquée par Wells : La portion pigmentée de la paroi kystique représente la couche jaune d'un corps jaune. Les franges d'un pavillon se sont appliquées sur cette partie de l'ovaire où était imminente la rupture d'un follicule de de Graaf arrivé à maturité, pendant une période cataméniale. Au lieu de se rétracter, elles sont restées adhérentes à l'ovaire, il s'en est suivi une hypersécrétion de liquide et un kyste s'est formé.

CONTENU DES KYSTES DE L'OVAIRE. LIQUIDES OVARIENS

Les caractères chimiques et microscopiques des kystes ovariens ont été très bien décrits par Eickwald. On distingue trois groupes :

Premier groupe : *Des liquides anormaux très limpides* se trouvent en général dans les kystes moléculaires, à surface interne lisse, tapissée d'un épithéliome pavimenteux. Leur densité varie de 1 003 à 1 006. Ils sont inodores et neutres ou un peu alcalins. Ils ne renferment ni graisse, ni albumine.

Dans le liquide clair et visqueux de quelques petits kystes du ligament large on trouve quelquefois de petits flocons granuleux avec un *cumulus* rond ou irrégulier, formé de granules graisseux au centre.

Second groupe : ***Produits liquides moins filants.*** — Ils ont la consistance de l'huile ou des sirops, et moussent quand on les agite. Leur couleur est claire, ombrée ou citronnée, ou rougeâtre comme celle du liquide péritonéal. Les liquides rougeâtres déposent par le repos les globules rouges qui leur donnent leur couleur. Les cellules ou les globules huileux qui se trouvent quelquefois dans ces liquides les rendent troubles, grisâtres, blanchâtres, ou vert blanchâtre. Leur réaction est alcaline, leur densité varie de 1 009 à 1 018. Comme le sang et le liquide ascitique, ils sont coagulés par

la chaleur, l'alcool et l'acide nitrique. Il s'y trouve de plus des globules blancs, quelquefois des globules rouges venus d'hémorragies capillaires à la surface interne de la tumeur. Dans les kystes très anciens, le liquide est plus épais ; il prend la consistance et la couleur du marc de café, il renferme aussi des granules d'hématosine, provenant de la décomposition des globules sanguins.

Troisième groupe : *Liquides filants et visqueux*. — Ils sont généralement clairs, sans couleur, ou grisâtres et demi-transparents, visqueux ; ils ressemblent à l'humeur vitreuse de l'œil, ou bien gélatineuse, et se divisent en morceaux. Ils ne passent que difficilement à travers la canule. Ils sont neutres ou alcalins, leur densité varie de 1 010 à 1 015 ; dans les kystes colloïdes, elle va jusqu'à 1 040, ou davantage. Comme le blanc d'œuf, auquel ils ressemblent souvent beaucoup, ils sont coagulés par la chaleur. Les différences qu'ils présentent tiennent aux proportions qu'ils contiennent de mucus et de substances colloïdes et du degré auquel ils sont parvenus par leur métamorphose. Ils renferment aussi de l'épithélium et des globules sanguins, quelques sels minéraux, des cristaux ou des principes cristallisables d'origine organique, de la graisse, des substances analogues aux bases, de l'urée, de la créatine, de la leucine, de la créatinine, etc.

L'examen microscopique y démontre la présence de granules et de globules graisseux, de gros globules colloïdes incolores, à bords délicats, avec un centre transparent, parfaitement homogènes, ou couverts de petites taches noires.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES DES KYSTES DE L'OVAIRE

Les *kystes prolifères glandulaires* se présentent sous la forme d'une tumeur lisse sphérique ou ovoïde surtout lorsqu'ils sont uniloculaires ; ils sont parfois surmontés de bosselures qui correspondent aux cloisonnements produits par les loges secondaires.

Leur couleur est d'un blanc nacré ou légèrement bleuâtre ; lorsqu'ils sont volumineux la trace marbrée des vaisseaux veineux est très apparente.

Il n'est pas rare de rencontrer à leur surface des petites tumeurs secondaires formées par des petits kystes ou des papillomes qui y sont greffés.

On peut souvent distinguer, dans l'enveloppe formée, *trois couches :*

une couche externe, *fibreuse;* une moyenne, *conjonctive;* une interne, *épithéliale.*

Nous avons déjà dit que la tumeur était *uniloculaire*, ou *multiloculaire;* lorsque les cloisons intermédiaires ont été détruites il se forme une quantité de petites cavités secondaires inégales qui constituent le *kyste aréolaire.*

Leur volume varie depuis celui des micro-kystes que nous avons décrits (Maladies inflammatoires de l'ovaire), jusqu'à celui d'une grossesse à terme. Quelques *kystes géants* peuvent atteindre un volume énorme.

Les *kystes dermoïdes* sont ordinairement plus petits et uniloculaires; leur surface externe rappelle celle d'une muqueuse; leur surface interne rappelle celle de la peau et en présente la structure; on y trouve en effet les cellules plates de la couche cornée et les cellules sphériques du réseau de Malpighi. De là leur nom très justifié de *dermoïdes.*

Adhérences. — Dans un grand nombre de cas le kyste de l'ovaire peut se développer en refoulant les parties voisines sans contracter des adhérences avec ces parties. Mais il arrive assez souvent que, soit par suite de phénomènes inflammatoires survenant pendant le développement de la tumeur, soit après des ponctions, il se produise des épanchements de lymphe plastique qui font adhérer le kyste aux organes voisins.

Ces adhérences existent surtout du côté de la paroi abdominale antérieure, sur le pourtour de l'ombilic ; on en observe également sur les parois latérales au point où des ponctions ont été pratiquées.

Il n'est pas rare de voir la tumeur adhérer avec les intestins et le mésentère, l'estomac et le côlon transverse. L'utérus, la vessie, la trompe et en général tous les organes contenus dans la cavité abdominale peuvent adhérer plus ou moins intimement avec le kyste.

Ces adhérences sont plus ou moins résistantes et elles constituent une complication sérieuse pour l'opération. Les premiers ovariotomistes les considéraient comme une contre-indication. Aujourd'hui les adhérences ne sont plus considérées que comme une complication de l'ovariotomie et non comme un sérieux obstacle à l'opération.

Pédicule. — Le kyste ovarien est presque toujours pourvu d'un pédicule. Celui-ci est formé par une partie du ligament large, le ligament de l'ovaire, les vaisseaux et nerfs qu'ils renferment, aussi par la

trompe de Fallope généralement hypertrophiée et étalée à la partie inférieure de la surface de la tumeur et par de nombreux vaisseaux présentant le plus souvent un développement considérable.

Le pédicule est tantôt long et grêle, quelquefois épais et court au

Fig. 571. — Kyste multiloculaire avec loges distinctes et adhérences épiploïques. L'épiploon hypertrophié au contact de la tumeur a été coupé transversalement au niveau de la portion adhérente, après pincement et ligature du bout supérieur au cours de l'opération.

point qu'il est difficile d'y placer une ligature et très difficile, sinon impossible, de l'amener jusqu'au contact de la paroi abdominale.

On peut souvent retrouver des vestiges de l'ovaire à l'extrémité du pédicule. Mais il arrive souvent que tout vestige de l'organe primitif a disparu.

Torsion du pédicule. — Schrœder[1] a beaucoup insisté sur cet acci-

[1] *Maladies des organes génitaux de la femme*, 2e édition. Bruxelles, 1890, traduit par Lauwers.

dent qui est très fréquent et a une importance capitale pour le sort ultérieur de la tumeur. La torsion du pédicule n'est pas difficile à comprendre, attendu que la tumeur subit déjà une légère torsion par le seul fait de son accroissement et de son passage de l'excavation dans le grand bassin. La rotation de la tumeur paraît se faire de préférence lorsque celle-ci s'accroît irrégulièrement dans le sens transversal, par exemple lorsque la tumeur est constituée par un grand kyste à droite et par un petit kyste à gauche. La partie la plus lourde tombe facilement alors du côté opposé, de sorte que la tumeur se tord sur son axe et avec elle son pédicule. Dans les cas favorables on peut produire cette torsion sur le vivant, par la palpation extérieure, tourner la tumeur et la faire revenir ensuite à sa position primitive. J'ai pu, dans un cas pareil, tourner la tumeur dans l'un et dans l'autre sens jusqu'au point de produire des douleurs intenses nécessitant le retour à la position primitive.

Lorsque la torsion se fait insensiblement, la compression s'exerce surtout sur les veines, il se déclare de l'hypérémie veineuse de la tumeur, ce qui peut produire un accroissement très prompt et même des hémorragies dans la cavité du kyste. Si la torsion lente s'accentue, l'afflux du sang à la tumeur diminue de plus en plus et il s'y fait un mouvement de dénutrition ; le néoplasme diminue de volume et se ratatine finalement au point d'amener une guérison relative. Ce mouvement régressif est annihilé en règle générale, parce que les vaisseaux qui circulent dans les adhérences épiploïques viennent alimenter la tumeur. Celle-ci continue à grandir même en l'absence de tout vaisseau afférent rompu et la tumeur n'a plus alors aucun rapport avec les organes génitaux.

Bien plus souvent, la torsion du pédicule amène des symptômes plus tumultueux. La tumeur se gonfle par la stase sanguine intense qui s'y produit et il se déclare des épanchements de sang au sein du néoplasme. Les poches kystiques peuvent se rompre sous l'effort de pression exagérée et déverser leur contenu et le sang dans la cavité abdominale.

L'arrêt subit de l'arrivée de matériaux nutritifs peut déterminer la gangrène et la mort de la femme, tantôt hâtive au milieu de symptômes aigus, tantôt plus lente à la suite de péritonite chronique. Quelquefois cependant des adhérences d'origine inflammatoire viennent de toutes parts encapsuler la tumeur et se chargent de continuer à la nourrir en lui fournissant des vaisseaux.

Il peut se déclarer des *hémorragies* dans le kyste sans torsion du

pédicule, par exemple, après une ponction ou tout autre traumatisme. Des hémorragies spontanées se déclarent surtout facilement lorsque des végétations papillaires remplissent l'intérieur du kyste.

L'*inflammation du kyste* peut survenir aussi indépendamment de la torsion du pédicule ; mais il est excessivement rare que l'inflammation soit spontanée ; elle est le plus souvent la conséquence des ponctions.

Rupture du kyste. — La rupture du kyste peut avoir lieu soit spontanément, soit sous l'influence d'un traumatisme accidentel (choc, effort, chute, accouchement, etc.).

Le liquide se répand alors dans le péritoine ou dans l'un des organes abdominaux.

Cet accident, sans être fréquent, s'observe surtout dans les tumeurs proliférées volumineuses et dans les kystes dermoïdes.

Coïncidence de la grossesse. — On a souvent observé des grossesses coïncidant avec des kystes de l'ovaire unilatéraux. Cette complication n'est pas considérée comme dangereuse et on a vu des grossesses suivre leur cours régulier lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse.

SYMPTOMATOLOGIE DES TUMEURS OVARIENNES

On observe généralement un très petit nombre de symptômes pendant la première période du développement des kystes de l'ovaire.

Au début même ces symptômes sont à peu près nuls, et ce n'est que lorsque la tumeur a atteint un certain développement qu'elle appelle l'attention de la malade et peut être l'objet d'un sérieux examen.

Même lorsque l'existence du kyste est constatée, les symptômes subjectifs peuvent manquer. A mesure que la tumeur se développe, les malades se plaignent de l'augmentation du volume de l'abdomen ; la marche devient fatigante, la respiration gênée.

Viennent ensuite les troubles fonctionnels ; selon la situation de la tumeur il existe du ténesme de la vessie, de la dysurie, de la constipation.

La menstruation, qui peut cependant rester régulière, est souvent supprimée ou diminuée. On a prétendu que les règles étaient toujours supprimées lorsque les deux ovaires étaient le siège d'une dégénérescence kystique : mais ce fait n'est pas constant.

A mesure que la tumeur se développe et emplit l'abdomen en s'élevant au-dessus du petit bassin, les symptômes s'aggravent et on remarque un premier degré d'émaciation. Les phénomènes de compression deviennent plus insupportables, la marche difficile, la respiration entrecoupée. La peau de l'abdomen est distendue, douloureuse et sillonnée de vergetures comme dans la grossesse. Les divers organes comprimés et refoulés n'exécutent plus que difficilement leurs fonctions. Parfois les intestins viennent faire saillie à l'ombilic.

Il existe presque constamment de la constipation déterminée par la compression de l'S iliaque et du rectum. Les reins et les uretères sont souvent troublés dans leurs fonctions, et il n'est pas rare d'observer de l'albuminurie résultant de la constriction rénale.

Wells attachait une certaine importance à cette expression particulière du visage désignée sous le nom de *facies utérin*, mais qui certainement mériterait plutôt la dénomination de *facies ovarien*. L'émaciation, l'exagération des saillies musculaires osseuses, le front ridé, les yeux excavés, les narines dilatées et effilées, les lèvres serrées, les commissures labiales déprimées entourées de sillons creusés profondément, donnent à la face un aspect des plus caractéristiques.

Enfin, dans la dernière période, lorsque la femme a refusé le secours d'une opération, l'asphyxie survient graduellement et la fièvre hectique s'établit. La mort survient alors après une sorte de consomption. Elle peut arriver plus tôt à la suite des accidents inflammatoires et des péritonites plus ou moins étendues qu'on observe souvent dans la dernière période de développement des kystes de l'ovaire.

On peut résumer ainsi les symptômes des kystes de l'ovaire depuis leur début jusqu'à leur complet développement : symptômes de grossesse, troubles de la menstruation, irritabilité de la vessie, constipation, hémorroïdes, douleurs pelviennes, diminution de la sécrétion urinaire, troubles digestifs et intestinaux, troubles de la fonction respiratoire, facies ovarien, œdème des membres inférieurs, ascite, vomissements, diarrhée, troubles cardiaques, émaciation, hecticisme.

DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE

Le diagnostic des tumeurs ovariennes est d'une importance capitale et demande de la part du chirurgien une connaissance approfondie de toutes les affections qui peuvent siéger dans la cavité abdominale.

C'est en exposant les caractères différentiels des tumeurs ovariennnes

et des autres tumeurs abdominales qu'on peut arriver à établir les règles du diagnostic.

Diagnostic différentiel. — En présence d'une femme dont l'abdomen est distendu, le chirurgien a trois points à élucider (Spencer Wells) : 1° Est-ce une tumeur ovarienne ou une autre affection qui peut donner lieu aux mêmes symptômes et au même aspect ? 2° Si c'est une tumeur ovarienne, quelle en est la nature et comment la distinguer ? 3° Existe-t-il concurremment d'autres états pathologiques de l'abdomen dont la présence marque l'identité de la tumeur, modifient sa marche, ou qui peuvent avoir de l'influence sur sa conduite à tenir ?

Les principales maladies qui peuvent obscurcir le diagnostic d'une tumeur ovarienne ou qui peuvent prêter à la confusion peuvent être ainsi classées :

Par rapport au péritoine : ascite, hydropisie enkystée du péritoine, tympanites et tumeurs imaginaires, tumeurs végétantes du péritoine, tumeurs graisseuses de l'épiploon et du mésentère, hydatide, cancer et tubercules.

Les difficultés de diagnostic résultant d'une *augmentation de volume de l'utérus*, peuvent provenir des états morbides suivants : grossesse, rétention menstruelle et môle ; accumulation de gaz et de liquides dans l'utérus, tumeurs fibreuses, cancer.

Enfin les *affections suivantes* doivent être examinées au point de vue du diagnostic différentiel.

Hypertrophie des parois abdominales, augmentation de volume d'autres viscères, tels que le foie, la rate, les ganglions lombaires et mésentériques, kystes hydatiques du foie, calculs biliaires, reins mobiles et kystes du rein, tumeurs fécales, distension de la vessie, hématocèle, abcès pelviens, grossesse extra-utérine, enchondrome ou cancer encéphaloïde des vertèbres ou de l'iléon, appendicite.

Nous allons examiner successivement les états morbides qui peuvent être le plus souvent confondus avec les kystes de l'ovaire.

DIAGNOSTIC ENTRE L'HYDROPISIE OVARIENNE ET L'ASCITE

Voici comment il faut procéder à l'examen : 1° inspection et mensuration ; 2° palpation ; 3° percussion et auscultation.

1° Inspection. — Le *volume* de l'abdomen est augmenté dans les deux cas, et lorsqu'un kyste ovarien est volumineux, la distension

abdominale est générale, comme dans l'ascite. Mais quand le kyste est de dimension moyenne, la distension de l'abdomen est souvent partielle, plus accusée d'un côté que de l'autre, et siège surtout plutôt au-dessous qu'au-dessus de l'ombilic.

Quant à la *forme*, on constate dans l'ascite une saillie des parties latérales de l'abdomen, tandis que les parties antérieures ont conservé leur convexité normale ou même qu'elles sont aplaties ; dans l'affection ovarienne, au contraire, la voussure est bien plus apparente en avant que sur les côtés et souvent plus d'un côté que de l'autre. Il est évident que toute espèce de doute est dissipé, quand on peut distinguer les diverses portions d'un kyste multiloculaire ; aussi ces remarques ne s'appliquent-elles qu'aux kystes simples. Les changements de position modifient la forme de l'abdomen d'une façon plus appréciable et plus rapide dans l'ascite que dans l'affection ovarienne, car le déplacement d'un liquide ascitique est beaucoup plus prompt que celui d'un kyste.

Les *veines superficielles* peuvent être dilatées de bas en haut, soit d'un seul, soit des deux côtés, dans l'une et l'autre affection. Mais cet état variqueux ne peut servir au diagnostic que lorsqu'il est beaucoup plus développé d'un côté que de l'autre.

Dans les deux affections, les parties molles de l'abdomen et les côtes inférieures ne prennent qu'une part imparfaite aux *mouvements respiratoires*, qui sont exagérés dans les côtes supérieures. Une modification dans le rythme de ces mouvements ne pourra être utile au diagnostic que si elle est partielle et n'affecte qu'un seul côté. Dans les inspirations profondes, on voit souvent la partie supérieure d'un kyste ovarien s'élever et s'abaisser. Ce fait, lorsqu'on le constate, est pathognomonique. Dans l'ascite, on pourrait s'en laisser imposer par des anses intestinales distendues qui suivraient les mouvements du diaphragme, mais la résonnance de l'intestin à la percussion a bientôt levé tous les doutes.

Par la *mensuration*, on constate que dans l'ascite, la distension de l'abdomen est égale et symétrique des deux côtés. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la mensuration dénote souvent des écarts considérables, dans les mesures prises de l'ombilic au sternum, de l'ombilic au pubis et de l'ombilic aux deux crêtes iliaques. Dans l'ascite, c'est au niveau de l'ombilic que la circonférence de mensuration est plus grande, tandis que dans l'hydropisie de l'ovaire c'est souvent quelques centimètres plus bas.

2° Palpation. — Par la *palpation* on constate la forme et le volume de la tumeur. Lorsqu'il s'agit d'un kyste ovarien, on sent une masse ferme, présentant les caractères d'une fluxion non superficielle comme celle de l'ascite, mais plus profonde et moins facilement perceptible.

La *fluctuation* doit être recherchée sur divers points de la tumeur. Dans l'ascite, la fluctuation change avec la position de la malade, et l'on ne peut la percevoir que dans les endroits où le liquide est proche de la paroi abdominale ; dans l'hydropisie de l'ovaire, elle ne varie pas avec la position et elle est perçue partout où la percussion dénote la présence du liquide.

3° Percussion et auscultation. — Dans l'ascite, la matité varie lorsqu'on déplace la malade ; dans les affections ovariennes, il est impossible de déplacer ainsi la matité. L'*auscultation* seule donne peu de renseignements ; elle permet de constater la présence du gargouillement dans les endroits sonores et son absence dans les parties mates, à moins d'exercer une forte pression avec le stéthoscope. Dans les deux affections, on peut percevoir le flot aussi bien au palper qu'à l'auscultation. Les tumeurs kystiques et solides transmettent les bruits et les pulsations de l'aorte, ce qui n'a pas lieu dans l'ascite.

Diagnostic avec la grossesse. — Un point important à éclaircir est la présence ou l'absence de grossesse. Dans son ouvrage sur les tumeurs ovariennes, Peaslee fait remarquer que le diagnostic de la grossesse, dans les premiers mois, n'a pas d'intérêt pratique, puisque ce n'est que lorsque la tumeur a atteint au moins le volume d'un utérus à cinq mois de gestation, que se présente la question de l'ablation. Mais il existe d'autres motifs pour poser un diagnostic même au début. Ses antécédents doivent être pris en considération ; ils ont ou ils n'ont pas d'utilité, mais il est prudent de ne se fier qu'à l'examen physique. Il faut donc encore chercher avec soin les signes objectifs de la grossesse. Il faut examiner les seins, observer leur degré de tension, les veines qui se rendent à l'aréole, la pigmentation et le cercle de l'aréole, le développement des follicules, la présence ou l'absence de la sécrétion lactée ; puis palper soigneusement l'abdomen, chercher les mouvements utérins ou fœtaux au moyen du stéthoscope. Rechercher la mollesse ou la fermeté du col, le degré d'ouverture du museau de tanche, sa position dans le bassin, la présence ou l'absence de ce que Barnes a décrit sous le nom de tension des culs-de-sac, c'est-à-dire

le plan incliné formé par le corps utérin distendu qui presse sur le fond et sur la paroi antérieure du vagin. Il faut, en outre, chercher à reconnaître le corps dur et volumineux formé par l'utérus gravide. Voici comment Barnes conseille de procéder : « Faites placer la patiente sur le dos, les épaules un peu relevées, puis frappez avec le bout du doigt sur le globe utérin, en avant du col pour obtenir le ballottement, ou si le col est ouvert, faites de même avec précaution à travers le museau de tanche. » Il ne faut pas cependant se hâter de conclure que, parce qu'il y a grossesse, il n'existe pas de tumeur ovarique. Les deux peuvent coïncider, ainsi que cela a été observé bien souvent.

Diagnostic avec la tympanite et les tumeurs imaginaires. — Plusieurs chirurgiens ont appelé l'attention sur la possibilité de confondre le tympanisme chez certaines hystériques avec les kystes ovariens. Cela est d'autant plus possible que des opérateurs expérimentés ont hésité avant de se prononcer. Wells rapporte le cas d'une hystérique qui est entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une tumeur abdominale et qui en avait imposé à plusieurs chirurgiens. Il a fallu, pour convaincre la malade et même pour asseoir un diagnostic d'une façon précise, employer l'anesthésie. Sous l'influence du chloroforme, la tumeur disparut complètement, et il fut possible, par la palpation, de s'assurer qu'il n'existait aucune tumeur. La tumeur reparut après l'anesthésie.

Diagnostic avec les tumeurs fibreuses. — Le diagnostic avec les tumeurs fibreuses utérines n'est pas toujours facile ; il faut se souvenir que les premières hystérectomies abdominales ont été faites par des chirurgiens qui s'attendaient à effectuer une simple ovariotomie.

Voici les signes les plus importants :

La tumeur fibreuse se meut avec l'utérus, la cavité utérine est considérablement augmentée ; il n'y a pas de fluctuation, pas de développement des veines abdominales, pas d'aménorrhée.

Le fibrome évolue plus lentement que le kyste ovarien et ne porte pas des atteintes aussi graves à la santé générale ; il ne donne pas de fluctuation.

Mais les difficultés du diagnostic différentiel augmentent dans les *tumeurs fibro-kystiques*. Il faut dans ces cas rechercher par la palpation bimanuelle les connections avec l'utérus.

Lorsque le diagnostic présente des difficultés exceptionnelles il faut

avoir recours à l'anesthésie pour l'exploration des organes pelviens.

Mais tous les chirurgiens reconnaîtront que l'erreur est toujours possible surtout dans les kystes ovariens dépourvus de pédicule et dont les adhérences rendent les mouvements solidaires de ceux de l'utérus. Toute intervention dans les tumeurs de ce genre doit donc être faite en vue de pratiquer l'ovariotomie ou l'hystérectomie.

Diagnostic avec l'appendicite et les grandes suppurations pelviennes. — Lorsque la tumeur siège à droite, il faut penser à l'appendicite. On a vu des cas où la suppuration produite par l'appendicite forme un abcès enkysté assez volumineux pour être confondu avec une tumeur ovarienne. Il en est de même pour les salpingites enkystées volumineuses.

CHAPITRE II

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Nous terminons l'étude anatomo-pathologique des kystes ovariens en signalant les tumeurs solides qui peuvent affecter cet organe. Elles sont rares et ne présentent pas de caractères cliniques bien tranchés. Ce sont : le *cystosarcome*, le *cancer*, les *tumeurs fibreuses*, la *tuberculose* et les *kystes hydatiques*.

1° *Cystosarcome*. — Sous ce nom les auteurs décrivent les tumeurs kystiques dont les parois sont assez développées pour donner au néoplasme les caractères d'un corps solide. Il peut arriver que, malgré l'existence simultanée d'un certain nombre de kystes, les cavités soient en quelque sorte oblitérées et leur présence masquée par l'état hyperplasique de leurs parois. Celles-ci, dont l'épaisseur est démesurée, sont composées d'un tissu fibro-vasculaire qu'on ne peut en quelque sorte distinguer de celui qui existe habituellement dans la paroi des kystes. Ce tissu existe en quantité excessive, telle est sa seule particularité, et, comme il empiète de tous côtés, il diminue le volume de la cavité du kyste et celui de son contenu. Cette variété de l'affection kystique a reçu le nom de cystosarcome. La consistance de ces tumeurs se trouve naturellement liée au développement relatif des parois ou à l'expansion du kyste. Il est loin d'être rare de les trouver en rapport avec des kystes volumineux et prenant naissance dans quelques points des parois, plus souvent vers la base. Dans quelques cas l'ovaire entier, après avoir été le point de départ d'un ou de plusieurs kystes, voit son volume augmenter de cette manière. L'accroissement se fait d'une façon très rapide, en même temps qu'on constate une forte prédisposition hémorragique qui, dans quelques cas, se traduit par un épanchement de sang dans les cavités du kyste.

Ces tumeurs peuvent atteindre un volume et un poids assez considérables. Wells en a enlevé qui pesaient plus de 20 livres.

2° *Cancer des ovaires*. — Jusqu'à ces dernières années on consi-

dérait le cancer des ovaires comme étant presque toujours le résultat de l'extension d'une affection de voisinage ou comme la dégénéres-

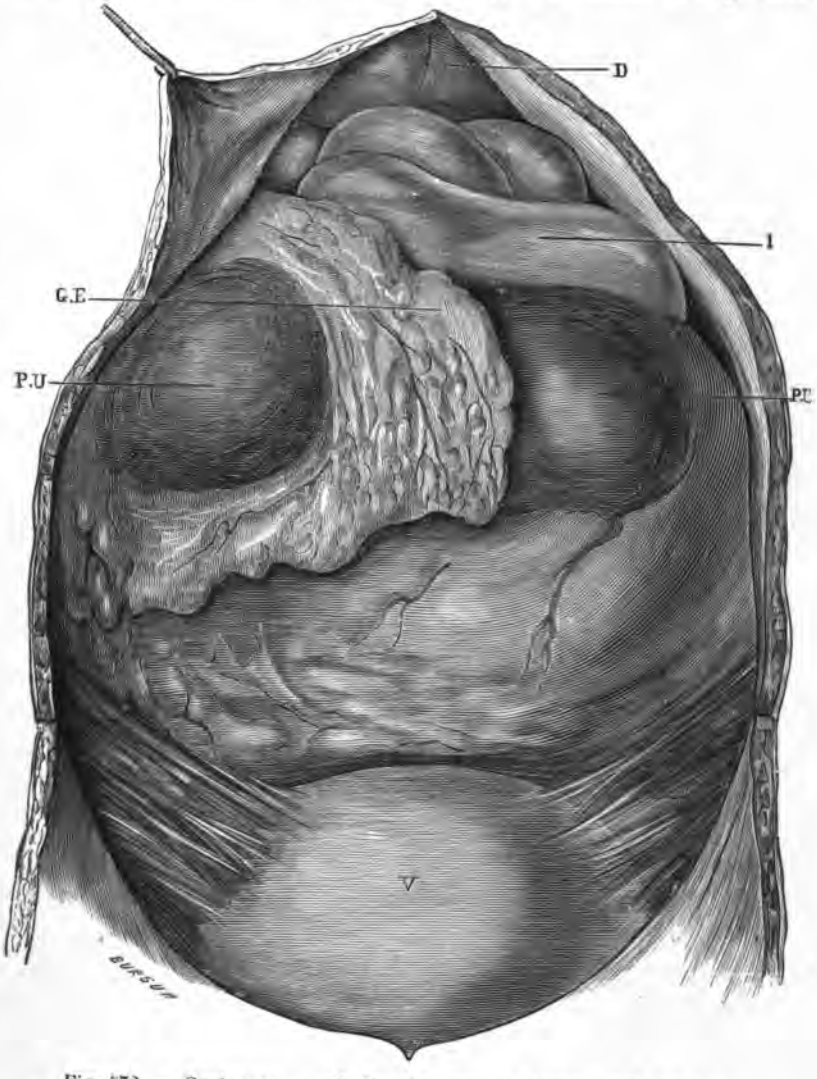


Fig. 572. — Cystosarcomes de l'ovaire avec adhérences généralisées.

cence d'un kyste ovarien appartenant aux types que nous avons décrits plus haut.

Mais les observations de Péan, confirmées par les belles recherches histologiques de Cornil ont démontré que le cancer *primitif* de

l'ovaire est loin d'être rare. Des faits cliniques nombreux, appuyés

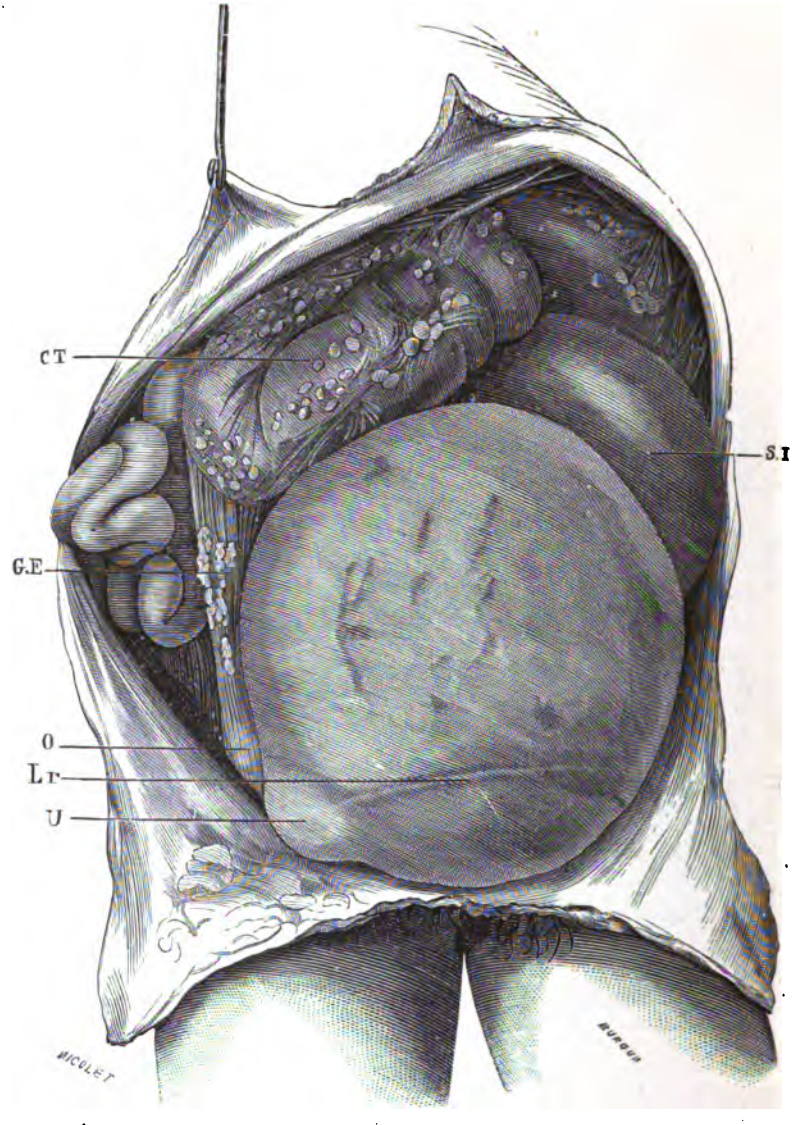


Fig. 573. — Cystosarcome de l'ovaire droit (Péan).

CT, côlon transverse; SI, S iliaque; O, tumeur ovarienne; U, utérus; LR, vestiges du ligament rond.

sur des examens anatomo-pathologiques, établissent que le cancer peut se développer primitivement dans les ovaires, sans kyste préexis-

tant et s'étendre rapidement au péritoine, aux lymphatiques et aux viscères voisins.

Indépendamment des cystosarcomes dont nous avons parlé (p. 657, fig. 572), on observe tantôt la forme épithéliale (fig. 574 et 576) tantôt la forme carcinomateuse (fig. 573). Il est même à remarquer que le

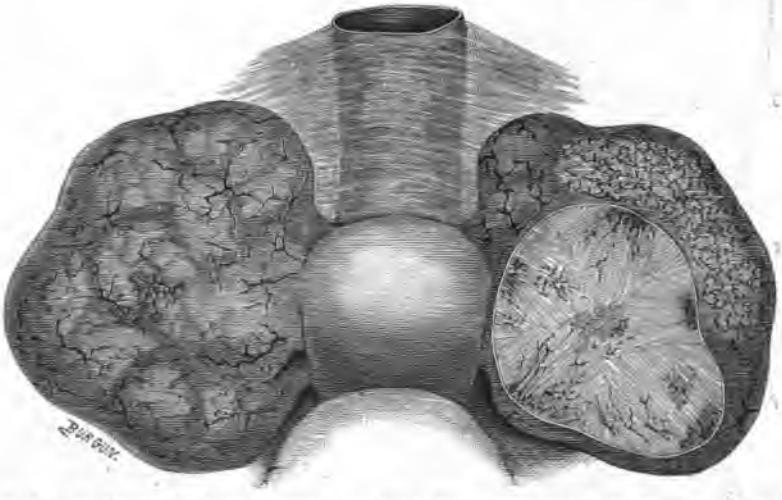


Fig. 574. — Coupe de deux tumeurs épithéliales des ovaires et des trompes. On voit que la gauche a été sectionnée pour montrer l'aspect solide de la coupe.

cancer épithélial de l'ovaire est remarquable par sa malignité, par la rapidité de sa marche et par le manque de résistance qu'il imprime à l'organisme à la suite d'une opération.

D'après Péan, à qui nous devons les premiers faits établissant l'existence clinique du cancer ovarien, on peut distinguer deux variétés de tumeurs malignes *primitives:*

1° Le squirrhe à évolution très lente qui s'observe surtout chez les femmes âgées et n'est souvent découvert qu'à l'autopsie ;

2° Le cancer dans ses formes médullaire et colloïde.

C'est cette dernière variété qui est la plus fréquente et la plus grave ; la rapidité du développement de la tumeur, la production de l'ascite et de l'œdème des membres, la généralisation hâtive, la gravité des symptômes généraux en constituent les symptômes principaux.

L'examen fait par Cornil dans un cas de cancer épithélial double opéré par Péan a donné les caractères histologiques suivants :

« La tumeur est charnue, compacte et molle comme le sarcome ;

on voit sur une coupe des travées irrégulières, comme papillaires, vascularisées et présentant des ecchymoses visibles à l'œil nu

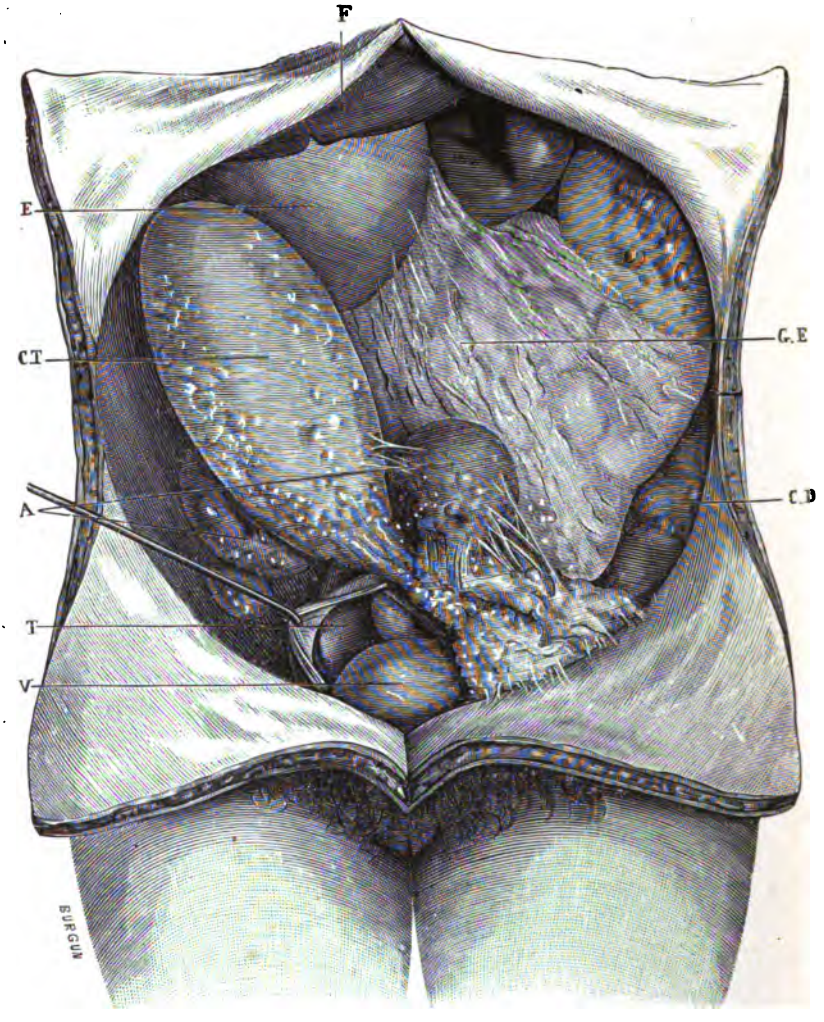


Fig. 575. — Épithélioma kystique de l'ovaire gauche propagé au péritoine et aux ganglions mésentériques.

(fig. 576 et 577) ; elle présente les caractères d'un épithéliome à cellules cylindriques. »

Une autre tumeur ovarienne examinée par Cornil présentait les caractères de l'épithéliome.

« Le tissu conjonctif périphérique aux tubuli épithéliaux montre,

Fig. 576. — Tumeur solide, non kystique, épithéliomateuse et papilliforme de l'ovaire (grossissement de 20 diamètres).

D, travée épaisse d'où partent des végétations assez grosses B, et des villosités plus minces CC. La travée principale et toutes les végétations épaisses ou minces sont bordées d'une couche épithéliale marquée dans la figure par une ligne plus colorée.

Fig. 577. — Tumeur solide non kystique, épithéliomateuse et papilliforme de l'ovaire (grossissement de 20 diamètres).

A, revêtement épithélial formé de cellules cylindriques ; B, tissu conjonctif riche en cellules ; V, vaisseaux. Ces végétations villeuses bordent et remplissent une petite cavité. Préparation colorée à la safranine.

en contact avec la rangée de cellules épithéliales cylindriques ou

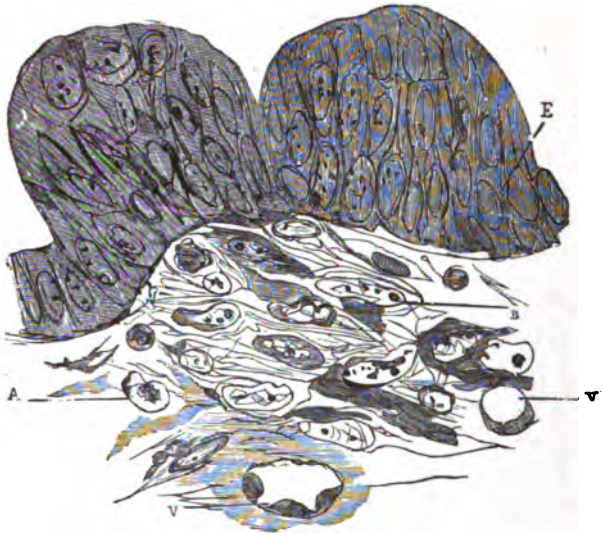


Fig. 578. — Tumeur solide non kystique épithéliomateuse et papilliforme de l'ovaire (Une végétation et son revêtement épithélial, dessiné à un grossissement de 400 diamètres.)

E, cellules cylindriques formant plusieurs couches ; A, cellules de tissu conjonctif à noyaux ovoïdes ; VV, coupe de vaisseaux capillaires avec leur endothélium.

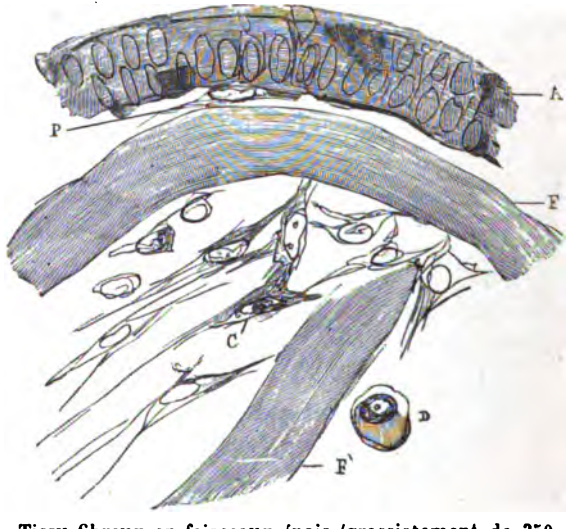


Fig. 579. — Tissu fibreux en faisceaux épais (grossissement de 350 diamètres).

A, revêtement épithélial ; P, une cellule de tissu conjonctif sous l'épithélium ; E, F, faisceaux de tissu fibreux très denses ; C, réseau de cellules de tissu conjonctif muqueux.

cubiques, une couche de cellules plates et des fibres du tissu con-

jonctif ; dans ce tissu il y a de nombreuses cellules de tissu conjonctif contenant de gros noyaux ovoïdes ou des cellules migratrices (fig. 578 et 579) ; il s'agit d'un épithélioma analogue aux précédents. »

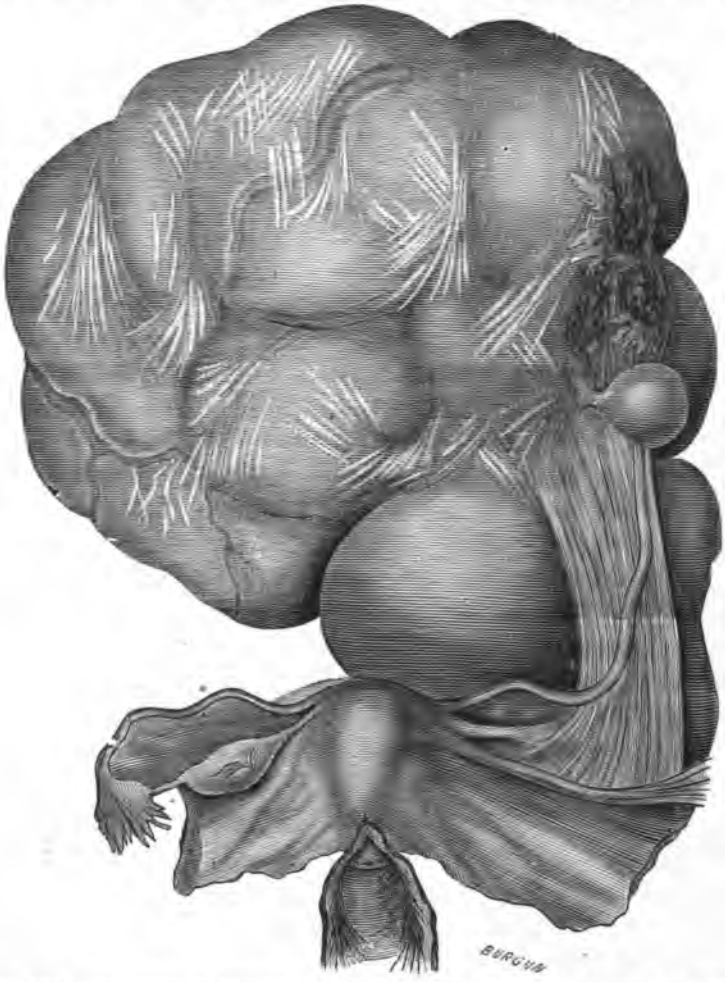


Fig. 580. — Fibrome de l'ovaire gauche (collection du musée de Saint-Louis).

Ces développements histologiques nous ont paru nécessaires pour élucider un point de la pathologie ovarienne resté obscur : la fréquence relative du cancer des ovaires et la possibilité de la transformation des tumeurs kystiques en tumeurs malignes.

3° *Tumeurs fibreuses.* — Ces tumeurs se rencontrent assez rare-

ment dans le parenchyme de l'ovaire. La plupart des observations de fibromes ovariens ne sont le plus souvent que des tumeurs qui prennent naissance dans l'utérus, s'accroissent outre mesure, englo-

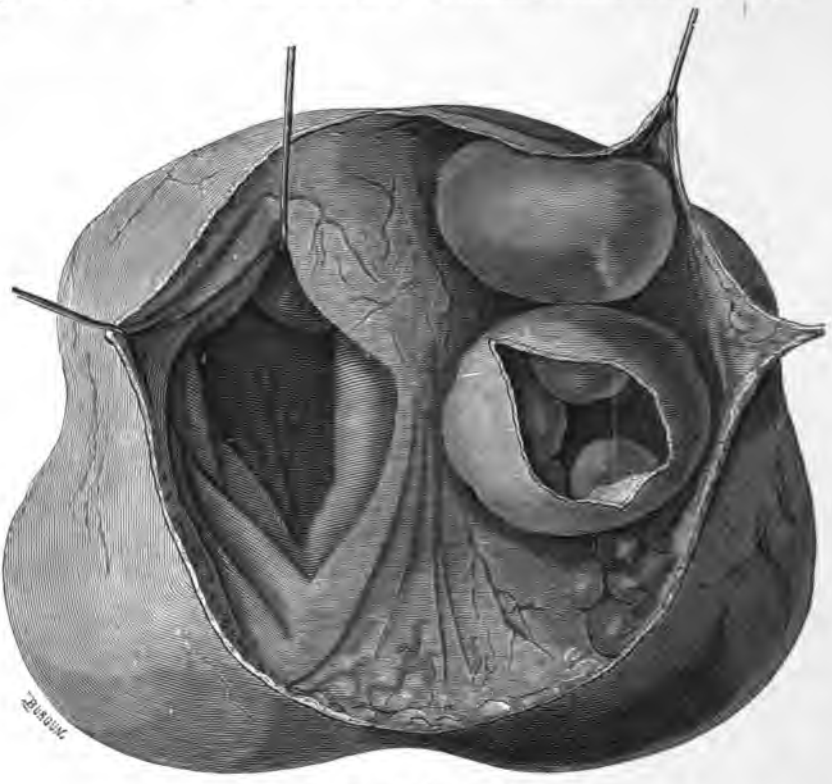


Fig. 581. — Kyste hydatique de l'ovaire.

bent l'ovaire de façon à lui faire perdre son aspect normal et même à le dénaturer complètement. Kiwisch prétend qu'il a observé deux cas de fibromes solides très volumineux : l'un de la grosseur d'une tête d'enfant, l'autre de celle d'une tête d'adulte. Spencer Wells a fait deux opérations pour de véritables tumeurs fibreuses de l'ovaire droit. L'une pesait 270 grammes, l'autre 5 livres ; dans les deux cas, la cavité péritonéale contenait beaucoup de liquide. Péan en a publié plusieurs cas et nous reproduisons (fig. 580) le dessin d'un fibrome de l'ovaire gauche dont la pièce figure dans la collection de l'hôpital Saint-Louis.

4° *Tubercules.* — Niés par Rokitansky, considérés comme extrê-

mement rares par la plupart des auteurs, les tubercules de l'ovaire ont cependant été observés assez souvent pour figurer dans le cadre anatomo-pathologique des tumeurs de cet organe. Les dépôts tuberculeux s'observent le plus souvent lorsqu'il en existe déjà dans d'autres organes, notamment dans le péritoine. Ils sont donc toujours une manifestation de la tuberculose généralisée et ne présentent aucun intérêt clinique spécial.

5° *Kystes hydatiques.* — De même que pour l'utérus les kystes hydatiques sont très rares dans les annexes. Nous reproduisons cependant (fig. 581) le dessin d'un cas authentique observé et opéré par Péan.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE. OVARIOTOMIE

Il y a plus d'un siècle que William Hunter a dit que l'hydropisie ovarienne était incurable et que la ponction ne pouvait être considérée que comme un palliatif.

Cette vérité est aujourd'hui reconnue de tous et, malgré les tentatives faites par Boinet et quelques autres chirurgiens pour guérir les kystes ovariens à l'aide des injections iodées, l'extirpation de la tumeur est considérée aujourd'hui comme le seul moyen curatif certain.

On a essayé, depuis longtemps, le *traitement médical*. Mais c'est en vain qu'on fouille toutes les pharmacopées, qu'on parcourt les recueils et qu'on interroge les praticiens ; il est impossible de trouver un seul cas authentique dans lequel l'emploi des médicaments résolutifs ou fondants ait eu la moindre influence sur la marche d'un kyste ovarien. C'est donc simplement pour donner un peu de courage aux malades et leur faire attendre patiemment le moment de l'opération, qu'on peut appliquer un traitement médical quelconque, à la condition toutefois qu'il soit inoffensif et qu'il ne retarde pas l'intervention.

Traitement chirurgical. — C'est le seul qui puisse donner des résultats définitifs et curatifs. Elle comprenait autrefois deux opérations distinctes : la ponction et l'extirpation.

Ponction. — C'était la seule thérapeutique chirurgicale appliquée aux tumeurs ovariennes avant l'ovariotomie ; appliquée aux kystes hyalins, elle a donné quelques succès incontestables.

Nous devons dire cependant que, dans ces dernières années, la ponction a été à peu près abandonnée ou tout au moins réservée aux cas d'urgence avant l'ovariotomie ou aux tumeurs inopérables. Lawson-Tait et tous les chirurgiens modernes la considèrent comme nuisible. Nous pensons, en effet, que la ponction doit être abandonnée, en tant qu'opération curative.

La ponction peut être encore indiquée dans certains cas très exceptionnels ; lorsque, par exemple, les phénomènes de compression présentent une extrême gravité et font craindre la rupture du kyste.

La technique de la ponction ne présente rien de particulier ; on enfoncera de préférence le trocart sur la ligne blanche ou dans la fosse iliaque dans un point où la matité a été bien reconnue.

Mais, nous le répétons, la ponction est une mauvaise pratique dans les cas où la tumeur est opérable.

La ponction, *suivie d'injections iodées*, a joui pendant longtemps d'une certaine vogue, elle est aujourd'hui complètement abandonnée. Il est, en effet, démontré que la ponction suivie d'injections iodées est aussi dangereuse pour la femme que l'extirpation du kyste.

Incision exploratrice. — En tant qu'élément de diagnostic Lawson-Tait a préconisé et vulgarisé l'incision exploratrice.

Il est incontestable que ce procédé est moins dangereux que la ponction et doit lui être préféré ; il est susceptible de conduire à l'ablation de tumeurs qu'on pouvait croire inopérables en se référant simplement aux données fournies par l'examen externe.

Mais, suivant l'expression de Richelot : « l'incision exploratrice ne doit être considérée que comme ce premier temps d'une intervention plus complète qui est la fin probable ou désirée de l'acte chirurgical. »

L'incision exploratrice doit être faite avec les mêmes précautions opératoires que toutes les autres laparotomies ; le chirurgien qui la pratique doit être prêt à étendre son intervention selon les renseignements fournis par cette exploration préalable.

Signalons encore à propos de l'incision le sage conseil donné par Segond. « Il faut, dit ce chirurgien, lorsque l'incision révèle l'existence d'une tumeur inopérable, refermer immédiatement l'abdomen sans se livrer à des explorations digitales compliquées qui sont le plus souvent périlleuses. »

Ovariotomie. — Nous ne ferons pas l'historique de cette opération qui a été longtemps considérée comme une des grandes audaces de la chirurgie.

Pratiquée pour la première fois en Amérique où elle était déjà acclimatée en 1863, elle devint d'un usage courant en Angleterre, grâce aux succès de Clay, de Baker-Brown et de Spencer Wells.

Condamnée par un vote formel de l'Académie de médecine de Paris en 1856 où nos maîtres traitaient de « bourreaux » les ovario-

tomistes, elle fut tentée une première fois sans succès en 1862 par Nélaton.

Ce n'est guère qu'en 1864 que Kœberlé put publier une série d'opérations heureuses ; l'impulsion fut ensuite donnée par Péan, puis par Léon Labbé ; mais, jusqu'à la généralisation des méthodes antiseptiques, elle resta le monopole d'un petit nombre de chirurgiens.

Aujourd'hui l'ovariotomie est pratiquée partout et est considérée comme une des opérations bénignes comparées à certaines laparotomies.

Indications et contre-indications. — On consacrait autrefois dans les traités classiques un long chapitre aux indications et contre-indications de l'ovariotomie ; aujourd'hui ce chapitre est fort réduit.

Le temps n'est plus où on disait que les tumeurs ovariennes ne doivent être opérées que lorsqu'elles compromettent l'existence ou deviennent une cause de gêne intolérable pour les malades.

Toutes les statistiques tendent au contraire à démontrer que les chances de succès sont beaucoup plus grandes lorsque l'ablation a lieu au début de la maladie. Il est facile de comprendre, en effet, que la tumeur, en se développant, a plus de raisons de contracter des adhérences qui rendent plus tard son extirpation difficile ou dangereuse.

Les quelques contre-indications qui doivent être formulées aujourd'hui sont relatives à l'âge, à la grossesse ou à la coexistence d'affections générales graves ou de tumeurs malignes.

L'*âge* n'est plus une contre-indication.

On a opéré avec succès des femmes d'un *âge très avancé* (jusqu'à 85 ans) ; selon le conseil de Fancourt Barnes, il faut, dans ces cas, surveiller les effets du décubitus prolongé et faire lever et asseoir les malades aussitôt que possible après l'opération.

Les *enfants* ont été opérés avec succès de *kystes dermoïdes*, parfois volumineux. L'observation publiée par Spencer Wells où un kyste énorme a été enlevé chez une enfant de six ans est très connue ; des enfants d'un an ont été opérés.

La *coexistence de la grossesse* n'est plus une contre-indication à l'ovariotomie. Dans ce cas l'opération ne doit être pratiquée que lorsque des accidents imminents menacent l'existence. Sur les ovariotomies pratiquées pendant la grossesse, Wells a obtenu huit guérisons, et dans cinq cas la grossesse ne fut pas interrompue et l'accouchement eut lieu à terme.

Les *tumeurs malignes* de l'ovaire ou du parovarium doivent-elles être enlevées ? Cela n'est pas douteux surtout lorsqu'elles sont à leur début. Non seulement le diagnostic d'une tumeur ovarienne maligne

Fig. 582. — Position de Trendelenbourg pour des laparotomies.

n'est jamais absolu, mais alors même qu'elle existe, l'opération est possible et les chances de survie sont parfois considérables.

Le chirurgien a toujours la ressource de l'*incision exploratrice* qui lui permet de reculer devant une opération impraticable et il est bon de rappeler que la laparotomie, appliquée à certaines *péritonites tuberculeuses*, a donné parfois des résultats inespérés.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'OVARIOTOMIE

Les détails que nous allons donner sur l'ovariotomie sont classiques ; ils paraîtront peut-être minutieux et quelque peu surannés aux chirurgiens adonnés depuis de longues années à la pratique de la chirurgie abdominale ; mais il faut savoir que, en matière opéra-

toire, aucun détail n'est superflu dans un ouvrage destiné à l'enseignement. De plus, l'ovariotomie qui était autrefois le monopole de quelques chirurgiens urbains, tend de plus en plus à être accessible aux praticiens qui exercent dans des milieux moins importants.

Les détails que nous allons donner ne s'appliquent pas du reste exclusivement à l'ovariotomie ; à part certaines particularités spé-

Fig. 583. — Pince fenêtrée à mors longs courbes sans griffes ni points.

ciales aux kystes ovariens, ils constituent la règle pour toutes les laparotomies, qu'elles s'appliquent à l'*hystérectomie*, à la *salpingectomie* ou même à la simple *castration ovarienne*.

Opération. — Soins préliminaires. — La veille de l'opération,

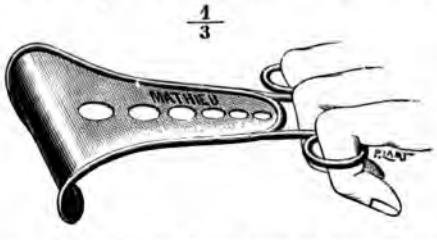


Fig. 584. — Écarteurs de Péan pour les parois du ventre.

la malade sera purgée et prendra un grand bain. Le matin même on videra l'intestin à l'aide d'un lavement.

On choisira une chambre bien éclairée et bien aérée, lorsqu'on n'a pas à sa disposition la salle d'opération d'une clinique ou d'une maison de santé. Le lit d'opération se composera d'une table longue et étroite. Les chirurgiens anglais et américains se placent à droite de la malade, tandis que la plupart des chirurgiens français et allemands préfèrent la table spéciale qui leur permet de se placer entre les cuisses de la malade et d'être assis pendant l'opération.

Il existe un grand nombre de tables spéciales; nous en avons parlé dans le chapitre consacré aux préparatifs opératoires ; nous dirons seulement qu'on doit choisir autant que possible une table permettant de placer la malade dans la *position inclinée* qui est aujour-

d'hui considérée comme absolument nécessaire dans la plupart des cas (fig. 582).

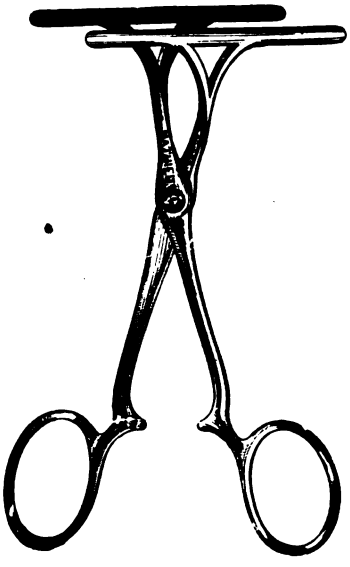


Fig. 585. — Pince à mors allongés.

Il faut avoir sous la main des compresses stérilisées, des solutions

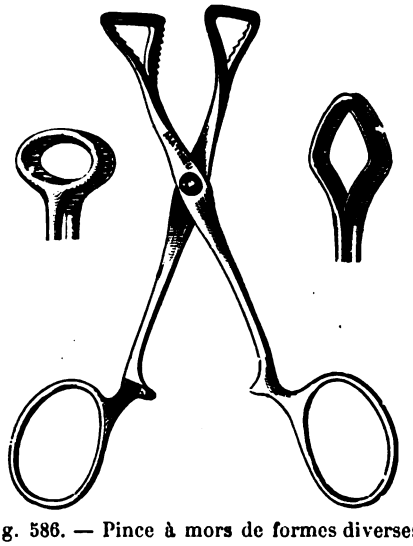


Fig. 586. — Pince à mors de formes diverses.

antiseptiques et en somme tout ce qui est nécessaire pour la pratique des grandes opérations abdominales (voy. p. 97).

Voici les instruments indispensables pour un cas simple d'ovariotomie :

Un bistouri pour diviser la paroi abdominale ;

Fig. 587. — Forte pince à plateau rond, de Nélaton, avec pointes dans les mors.

Une sonde cannelée qui peut servir en même temps à passer les fils (fig. 591) ;

Un trocart pour vider le kyste (la ponction du kyste n'est pas toujours nécessaire) ;

Des aiguilles et du fil pour lier le pédicule et fermer la plaie ;

Des pinces à forcipressure et des fils à ligature pour l'hémostase

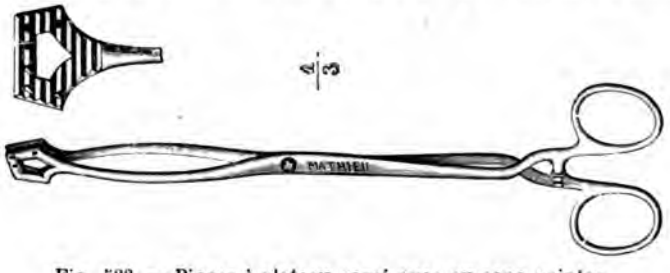


Fig. 588. — Pinces à plateau carré avec ou sans pointes.

temporaire et définitive. Ces pinces doivent avoir des formes diverses pour saisir tantôt un vaisseau isolé, tantôt des tissus en masse (fig. 583 et suivantes).

Des écarteurs de diverses formes (fig. 584).

Mais il n'y a peut-être pas d'opération chirurgicale où le chirurgien puisse rencontrer autant de difficultés inattendues, et il arrive si souvent qu'on manque des instruments qui seraient nécessaires, parce qu'on ne s'est muni que de ceux dont on a besoin d'habitude, qu'il est prudent de toujours faire une provision d'instruments pour parer à toute éventualité, au cas où une erreur de diagnostic nécessiterait une intervention plus complexe.

Le thermocautère, dans le cas où l'on fera la cautérisation, des

fils à ligatures et des aiguilles de différentes formes et de différentes grosseurs, des pinces à forcipressure pour protéger temporairement l'épiploon séparé ou rompre des adhérences vasculaires, ou pour lier ou tordre les artères ; des pinces à dents, destinées surtout à saisir les kystes volumineux, des tubes à drainage en verre, en vulcanite,

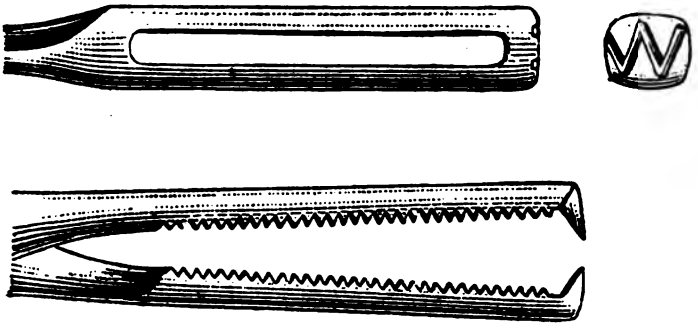


Fig. 589. — Pince fenêtrée à mors droits dentés ou non.

en caoutchouc : telles sont les diverses parties dont doit se composer l'arsenal du chirurgien. Sur la table qui est à droite, il ne doit placer que les instruments dont il pense qu'il aura besoin ; tous ceux qui sont en réserve doivent être placés dans un tiroir ou sur un plateau tout prêts à être employés et à portée du chirurgien, mais sans l'embarrasser.

Tous ces préparatifs terminés, la table aux instruments recouverte de compresses stérilisées, la lumière du jour étant modérée, et personne n'étant là autre que le chirurgien et des aides expérimentés et aseptiques, on fait entrer la malade dans la chambre.

Quelle que soit la méthode de traitement intra-péritonéal que l'on applique au pédicule, comme on peut être forcé de rechercher des vaisseaux jusqu'au fond du bassin, à contre-jour, il est bon d'avoir une glace à main pour éclairer la profondeur du bassin ou un écarteur qui maintient ouverte la cavité abdominale et permet de se passer d'aides pendant une partie de l'opération (fig. 590).

Les pinces les plus usitées sont celles de Péan, généralement connues sous le nom de pinces à torsion ou à forcipressure.

Tous ces instruments sont disposés sur une table aux pieds de la malade et à droite du chirurgien. Les petites pinces seront mieux placées dans des boîtes à trous où on les remet immédiatement après s'en être servi et il faut toujours les compter avant de refermer l'abdomen.

Manuel opératoire. — Les instruments sont à portée du chirurgien ; la malade a été placée sur la table à opération, l'anesthésie est complète.

D'autres aides avec les compresses et autres accessoires sont pla-

Fig. 590. — Ecarteur abdominal.

cés en arrière et à gauche de la malade, tandis que l'aide qui donne le chloroforme se tient au niveau de sa tête.

Premier temps : *Incision de la paroi abdominale.* — Dans presque tous les cas, on choisit la ligne blanche comme siège de l'incision. Dans quelques cas on l'a faite avec intention, à droite ou à gauche de cette ligne. Parfois, mais très rarement, on a choisi les lignes semi-

Fig. 591. — Forte sonde cannelée en acier en S de Felizet pour passer les fils.

lunaires, et dans les cas exceptionnels on a fait des incisions obliques ou transversales. Mais ce sont là des cas exceptionnels et la ligne blanche doit toujours être préférée dans les cas ordinaires.

On rencontre alors les couches suivantes :

1° La peau ;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané avec une couche de graisse d'épaisseur variable ;

3° Les fibres entrelacées des aponévroses des muscles abdominaux, constituant la ligne blanche ;

4° Les couches du fascia transversalis avec plus ou moins de graisse. La couche supérieure adhère étroitement à la ligne blanche. La couche profonde n'est unie au péritoine que d'une façon très lâche ;

5° Le péritoine.

Mais cet ordre normal est souvent modifié. Quand les parois abdominales sont très œdématiées, les différentes couches peuvent être très séparées et sembler plus nombreuses, ou bien elles peuvent adhérer entre elles par suite d'un processus inflammatoire antérieur ; et, comme je viens de le dire, les muscles droits sont souvent tellement déplacés d'un côté ou de l'autre par la tumeur qu'il est presque

Fig. 592. — Ovariotomie. Incision du péritoine (Krassowski).

impossible d'éviter de les mettre à nu ou de diviser quelques-unes de leurs fibres.

L'incision présente une longueur variable, selon le volume supposé de la tumeur ; mais il vaut mieux commencer par une ouverture de moyenne grandeur qu'on peut agrandir ensuite.

Règle générale, l'abdomen est tendu, et l'incision est faite avec un bistouri ordinaire tenu en première position. Dans les cas où l'opération est pratiquée après une ponction et si les parois abdominales sont très lâches, Spencer Wells procédait ainsi : il traçait la ligne et l'étendue exacte de l'incision avec de l'encre ou un crayon, puis, saisissant un pli du tégument, il le transfixait avec un long bistouri et complétait l'incision de la peau d'un seul coup. Il divisait ensuite avec soin la ligne blanche et la couche de graisse située au-dessous des grands droits, jusqu'à ce qu'on arrive au péritoine.

S'il y a du liquide libre dans la cavité péritonéale, le péritoine vient bomber dans la boutonnière profonde, constituée par l'incision,

et a souvent été pris pour un kyste à parois minces foncées, dont il a du reste l'aspect ; on a pu croire dans quelques cas que le chirurgien

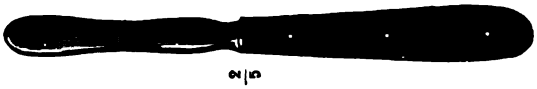


Fig. 593. — Spatule pour détacher les adhérences.

séparait des adhérences étendues, tandis qu'en réalité il décollait tout simplement le péritoine de la paroi abdominale. Quand le péritoine

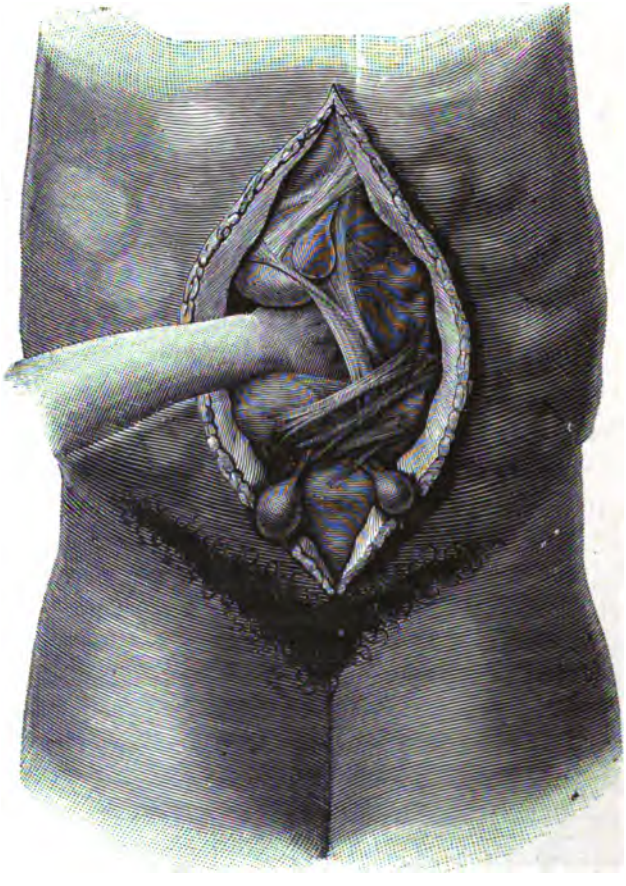


Fig. 594. — Destruction des adhérences dans un cas de kyste aréolaire et du ligament large (Péan). Ses adhérences sont exceptionnellement nombreuses.

vient bomber comme nous venons de le dire, il faut toujours l'ouvrir et laisser s'échapper le liquide. Et même si la membrane saillante, au

lieu d'être le péritoine, était celle d'un kyste à parois minces adhérent, cette ponction serait inoffensive, puisque c'est évidemment un bon procédé de vider le kyste, avant de séparer les adhérences. Il faut alors soulever le péritoine avec une érigne ou une pince (fig. 592), l'érigne à double pointe remplit ce but mieux que tout autre instrument.

L'aspect lisse et nacré de presque toutes les tumeurs ovariennes est assez caractéristique pour qu'on puisse les reconnaître immédiatement et l'on peut souvent distinguer l'état de mobilité du kyste. Mais, quand un kyste est adhérent, il est souvent difficile de décou-

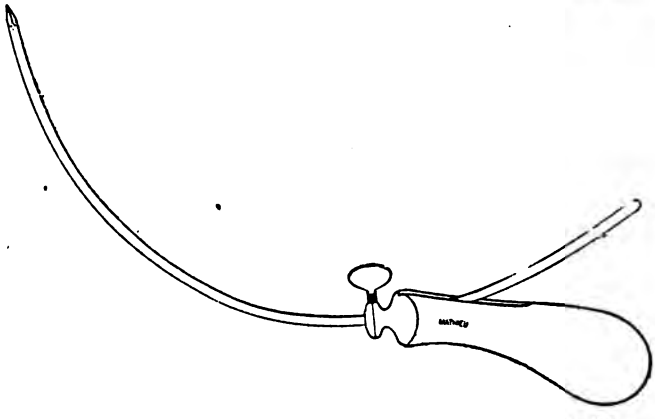


Fig. 595. — Broches en acier avec manche porte-broches de Péan.

vrir la ligne exacte de démarcation entre le kyste et le péritoine, il peut y avoir quelque hémorragie, mais le plus souvent elle est très faible, et dès qu'on est arrivé sur le péritoine, il faut nettoyer avec soin la surface sectionnée avec des compresses.

S'il y a des vaisseaux qui donnent du sang, il faudra y appliquer une pince hémostatique. Il est important de faire l'hémostase avant d'ouvrir le péritoine.

Deuxième temps : *Séparation des adhérences et ponction du kyste*. — Lorsqu'un kyste a des adhérences assez intimes pour qu'il soit difficile de le délimiter, il vaut mieux le vider avant d'essayer de le séparer. Les adhérences intestinales ou épiploïdes, surtout celles qui se trouvent à la partie postérieure, seront laissées jusqu'à ce que le kyste soit vidé et attiré au dehors ; elles pourront alors être détachées sous l'œil de l'opérateur.

Les adhérences seront détachées avec la main à plat, avec le doigt

ou avec une spatule (fig. 593) ; s'il y a du sang on en pratique l'hémostase temporaire avec des pinces, on applique ensuite des ligatures de catgut.

Dans les cas exceptionnels où les adhérences sont anciennes, résis-

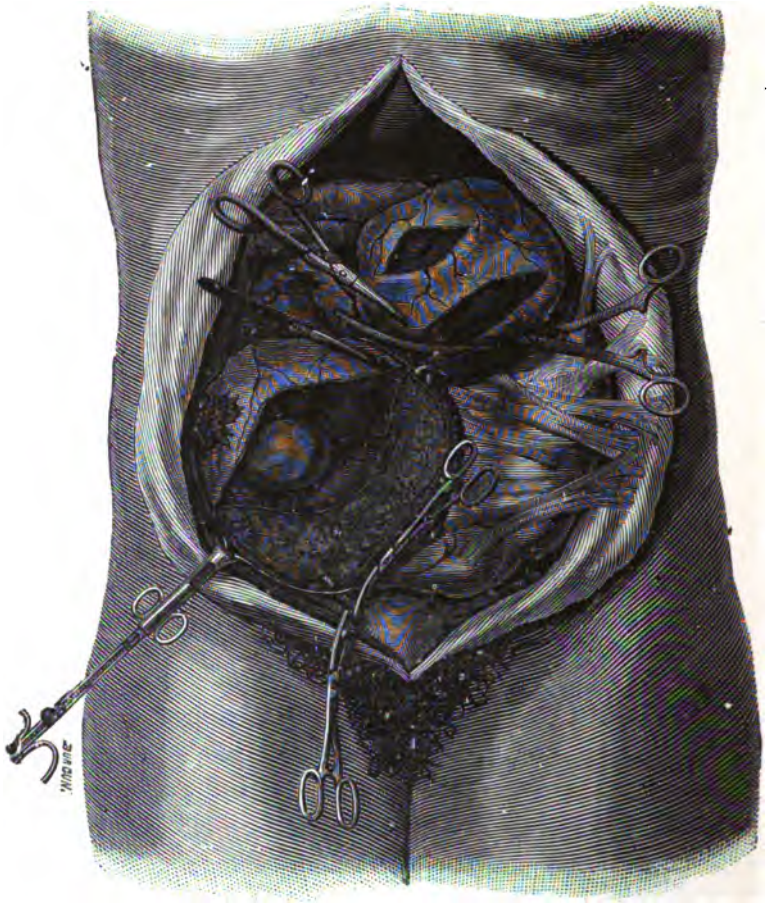


Fig. 596. — Grand kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences anciennes et généralisées. Ablation par morcellement des principales loges après ligature et pincement de ces loges et du pédicule.

tantes et très vasculaires, Péan conseille de morceller le kyste. Il employait pour cela une broche montée sur un manche mobile (fig. 595) avec laquelle il traversait les lobes et appliquait une forte ligature de soie. La figure 596 représente les différentes manœuvres qui peuvent être nécessaires dans les cas compliqués lorsque la

tumeur est volumineuse, multiloculaire et pourvue d'adhérences anciennes et généralisées.

Dans les cas où le kyste adhère très intimement à l'intestin et que

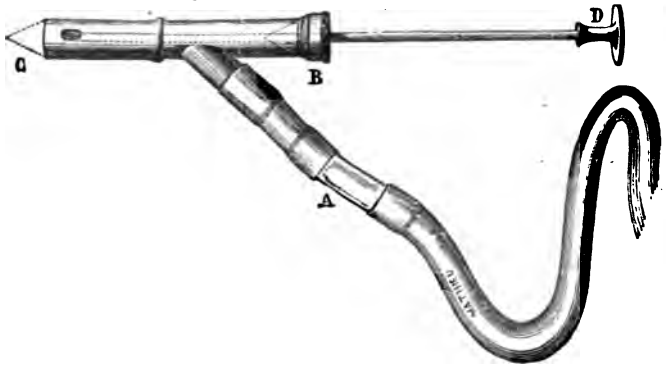


Fig. 597. — Gros trocart à piston à écoulement libre.

la séparation peut faire craindre des dangers, Pozzi conseille de laisser une mince couche de la paroi kystique adhérente à l'intestin en ayant le soin de cautériser cette couche pour en détruire les éléments épithéliaux.

Évacuation du kyste. — La plupart des chirurgiens se contentent

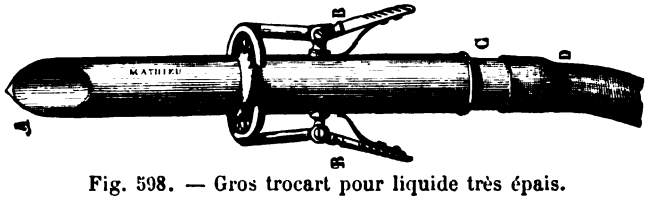


Fig. 598. — Gros trocart pour liquide très épais.

aujourd'hui d'évacuer le kyste par une simple incision au bistouri; on gagne ainsi quelques minutes. Mais cette méthode expose toujours

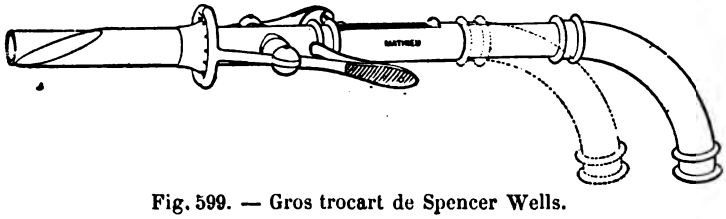


Fig. 599. — Gros trocart de Spencer Wells.

plus ou moins à la souillure de la plaie; aussi le trocart est-il toujours employé pas le plus grand nombre.

On se sert d'un des gros trocarts représentés par les figures 597,

598 et 599. Cet instrument, tenu de la main droite, doit être poussé dans la partie la plus saillante du kyste, s'il paraît simple ; s'il est multiloculaire, dans la loge qui semble contenir la plus grande quantité de liquide.

Après qu'une certaine quantité de liquide a été évacuée et qu'on est arrivé à réduire suffisamment le volume de la tumeur, on la tire à travers l'incision en même temps qu'on rompt les adhérences qui n'ont pas été séparées auparavant. On procède alors à l'*extraction du kyste*.

Troisième temps : *Extraction du kyste. Traitement du pédicule.* — Une fois le trocart retiré on place sur la poche une pince de Nélaton pour l'oblitérer et en faciler la traction.

Celle-ci doit être faite avec beaucoup de douceur ; à mesure que la

Fig. 600. — Ovariotomie. Extraction du kyste après la ponction (Krassowski).

tumeur se dégage, l'aide exerce avec les deux mains une pression sur la paroi abdominale de façon à appliquer l'une contre l'autre les lèvres de la plaie et empêcher l'issue de l'intestin.

Il s'agit maintenant de lier le pédicule.

On a beaucoup discuté sur la valeur du traitement *extra* et *intra* péritonéal du pédicule. Mais aujourd'hui la méthode intra-péritonéale est justement considérée comme la seule qui mette à l'abri des com-

plications septiques. D'après Lawson-Tait, c'est à l'adoption de cette méthode, bien plus qu'à l'introduction de la chirurgie antiseptique, qu'on doit d'avoir vu tomber de 20 à 4 p. 100 la mortalité de l'ovariotomie.

Le pédicule sera donc lié et laissé dans la cavité abdominale.

La ligature sera faite avec un soin particulier. Il est extrêmement rare qu'il soit assez mince pour qu'une simple ligature suffise ; il faut donc le transfixer par le milieu à l'aide d'une forte aiguille (fig. 601) puis faire un nœud de Bantock fortement serré. Dans quelques cas le pédicule est très large et doit être lié en chaîne comme cela est représenté dans la figure 602. On trouvera page 119 les indications relatives à l'hémostase et à la ligature des pédicules.

Doyen a récemment proposé une pince extrêmement puissante destinée à écraser extemporanément les pédicules. Grâce à la pression exercée par cet instrument, le point comprimé est réduit à une si faible épaisseur qu'il devient facile d'assurer l'hémostase à l'aide d'un simple fil de soie.

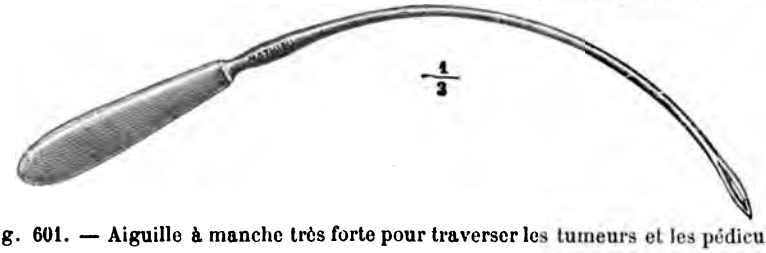


Fig. 601. — Aiguille à manche très forte pour traverser les tumeurs et les pédicules.

Nous pensons que cette *pince-clamp* est des plus utiles chaque fois qu'il est nécessaire de lier en masse un pédicule vasculaire d'une certaine importance et dont la construction nécessiterait des fils volumineux.

La pince-clamp présente en outre l'avantage de tracer sur le pédicule un sillon déprimé où la ligature tient beaucoup mieux et où l'hémostase est déjà faite ; la pince que Bilroth avait proposée dans ce but est très inférieure à celle de Doyen. Nous reproduisons ici le modèle de la pince-clamp construite par Mathieu sur les indications de M. Reynier (fig. 603).

La ligature faite, on détache la tumeur, et on coupe tous les fils à un demi-centimètre environ au-dessus du nœud.

Quelques chirurgiens cautérisent au thermocautère la plaie pédiculaire ; cette pratique est utile lorsque le pédicule est très épais ou lorsque la tumeur enlevée est suspecte de malignité.

Examen de l'autre ovaire. — Après avoir fixé le pédicule et enlevé la tumeur, lié les vaisseaux qui donnent du sang, il faut examiner

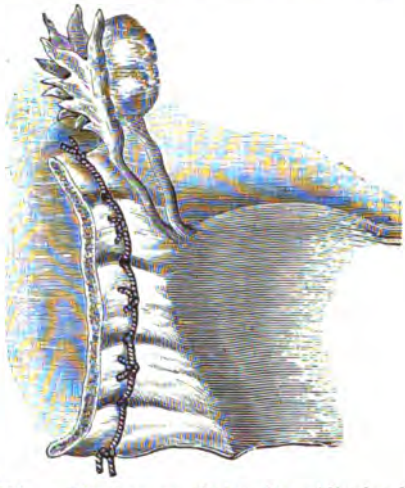


Fig. 602. — Ligature en chaîne des pédicules larges.

l'autre ovaire. On le trouvera facilement en saisissant le fond de l'utérus et en suivant de la main le trajet de la trompe. S'il est sain,

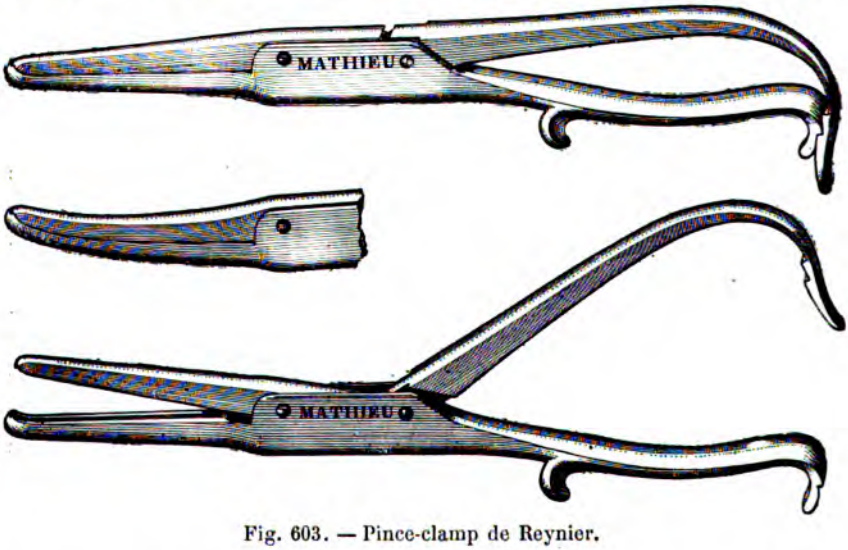


Fig. 603. — Pince-clamp de Reynier.

on constatera que ses dimensions et sa consistance sont normales. Sa surface peut être irrégulière, par suite de la déhiscenee récente des follicules de de Graaf, mais l'on n'aura à s'en préoccuper pour l'enlever

que si l'ovaire était deux ou trois fois plus gros qu'à l'ordinaire et s'il présentait à sa surface des saillies. Si un ou deux follicules de de Graaf sont très volumineux, on peut les ponctionner et exprimer le caillot qu'ils contiennent ; on pourra appliquer l'ignipuncture sur ces petits follicules.

Examen de l'utérus. — On examinera ensuite l'utérus et on pratiquera l'ablation des fibromes pédiculés qui peuvent se rencontrer.

Dans les cas où, en même temps qu'un kyste de l'ovaire, il existe soit un *prolapsus*, soit une *rétroflexion* prononcée de l'utérus, Pozzi conseille de traiter le pédicule par la méthode extra-péritonéale. En le fixant à la paroi abdominale on pratique ainsi une *hystéropexie*.

Quatrième temps. *Nettoyage de la cavité abdominale et fermeture de la plaie.* — Les premiers opérateurs passaient un temps considérable à faire « la toilette du péritoine » ; Lawson-Tait lavait à plusieurs reprises avec de l'eau simple la cavité pelvienne jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument propre.

Ce sont là des pratiques utiles dans les cas compliqués, mais elles sont généralement abandonnées quand l'opération a été simple et qu'aucun liquide n'a été épanché dans la cavité.

Mais lorsque le péritoine a été contaminé par du pus ou un liquide suspect, le lavage du péritoine est indiqué ; on enlève ensuite le liquide avec des compresses qu'on introduit soit avec le doigt, soit avec des pinces pour aller jusqu'au fond des culs-de-sac.

Occlusion de l'abdomen. — L'abdomen sera fermé par les procédés ordinaires, applicables à toutes les laparotomies.

Nous recommandons le procédé de Pozzi qui consiste à appliquer des sutures continues à deux plans superficiels pour le péritoine et les aponévroses et des sutures à surjet pour les téguments. Voici la description qu'en donne son auteur qui l'emploie depuis 1886[1] :

« Dès que la toilette du péritoine est achevée, la plaie abdominale est rapprochée et maintenue fermée par un aide au-dessus d'une compresse éponge étalée comme un épiploon à la surface du paquet intestinal et destinée à le protéger pendant la suture. Le péritoine est alors transpercé à la partie inférieure de la plaie à l'aide d'une aiguille courbe munie d'une longue aiguillée de catgut moyen. Un

[1] Bulletins de l'Académie de médecine, 19 octobre 1897.

point séparé est placé à ce niveau, avec la partie inférieure de la longue aiguillée de catgut dont l'aiguille arme toujours le grand chef, tandis que sur le petit chef du point séparé initial on place une pince destinée à opérer une traction. L'opérateur continue alors à faufiler le péritoine à grands points jusqu'au bout de la plaie; avant de terminer, il retire la compresse-éponge, puis il redescend en plaçant sur les aponévroses un second étage de sutures continues à points un peu plus rapprochés, fermant au passage la gaine des muscles droits, si elle a été ouverte. Il atteint ainsi au point de départ, enlève la pince qui maintenait le petit chef du catgut et noue les deux bouts.

« Le ventre est dès lors solidement fermé ; il ne reste plus qu'à réunir les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané qui atteignent par-

Fig. 604. — Tréteaux pour faciliter le pansement après les laparotomies.

fois une épaisseur considérable, avec une très grande aiguille courbe et de la soie dont la force doit être proportionnée à l'épaisseur des parties à affronter, on place une série de points séparés, espacés de 3 centimètres environ, ces fils entrent à 2 ou 3 centimètres des bords de la plaie, cheminant dans toute l'épaisseur du tissu graisseux jusqu'au ras de l'aponévrose et font un trajet inverse dans l'autre lèvre de la plaie. A mesure que la rangée de ses points profonds est placée, on met sur chaque chef une pince. La plaie lavée avec une solution phéniquée forte, on rapproche les bords et on pique avec une aiguille plus petite et du catgut fin un ou deux points séparés de suture superficielle dans chacun des intervalles compris entre deux sutures profondes. Ces points sont placés le plus près possible de la tranche des téguments de façon à en assurer la coaptation exacte. »

Laparotomie dans les cas compliqués. Pansement. — Le pansement ne présente aucune particularité. On a abandonné aujourd'hui le listérisme ; une fois la plaie fermée on insuffle un peu de poudre d'iodoforme sur les sutures, et on applique un pansement ouaté modérément serré, on se trouvera bien pour les pansements consécutifs de l'emploi de petits tréteaux (fig. 604) qui permettent de rouler les bandes sans soulever la malade.

La technique que nous venons de décrire s'applique aux cas simples, aux kystes pédiculés, à la castration et à la salpingectomie.

Nous avons décrit (p. 479), les modifications de technique pour l'*hystérectomie abdominale* et la *myomectomie*.

MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE DANS LES CAS COMPLIQUÉS

Il nous reste à parler maintenant des cas compliqués et notamment de ceux dans lesquels des difficultés imprévues ne permettent pas de terminer l'opération selon les règles que nous avons exposées.

Dans certains cas malheureux l'opération est incomplète et le chirurgien est forcé, comme pis-aller, de laisser l'abdomen ouvert ; c'est cette pratique qui a été désignée sous le nom de *marsupialisation*.

Marsupialisation. — Nous avons déjà parlé de ce procédé en traitant des grossesses ectopiques (p. 620).

Dans les cas où les adhérences qui relient la tumeur aux viscères abdominaux sont trop résistantes pour qu'on puisse les rompre sans danger, Péan avait le premier conseillé ce qu'il appelait le *Traitement par suppuration;* ce qui n'était qu'un pis-aller a été érigé en méthode opératoire.

« Ce mode de traitement, dit Péan, consiste, après avoir ouvert et vidé le kyste, à le disséquer sur la plus grande étendue possible, à réséquer la partie libérée très près de la partie adhérente, à conserver la portion qu'il serait trop dangereux de détacher et à en suturer les bords à la plaie abdominale. Grâce à cette suture circulaire, on crée une poche fermée de toutes parts par l'adossement exact des feuillets séreux du kyste et de la paroi abdominale et communiquant largement avec l'extérieur comme on le voit dans la figure 605. »

Il est bon d'introduire dans la cavité un gros drain autour duquel on tasse de la gaze iodoformée.

Lorsque Péan publia ses premières observations de *traitement par suppuration*, il fut assez mal accueilli et c'est par sarcasme que des

rivaux peu bienveillants ont traité sa méthode de *marsupialisation*. Le nom, d'abord ironique, a fini par prendre un rang fort honorable

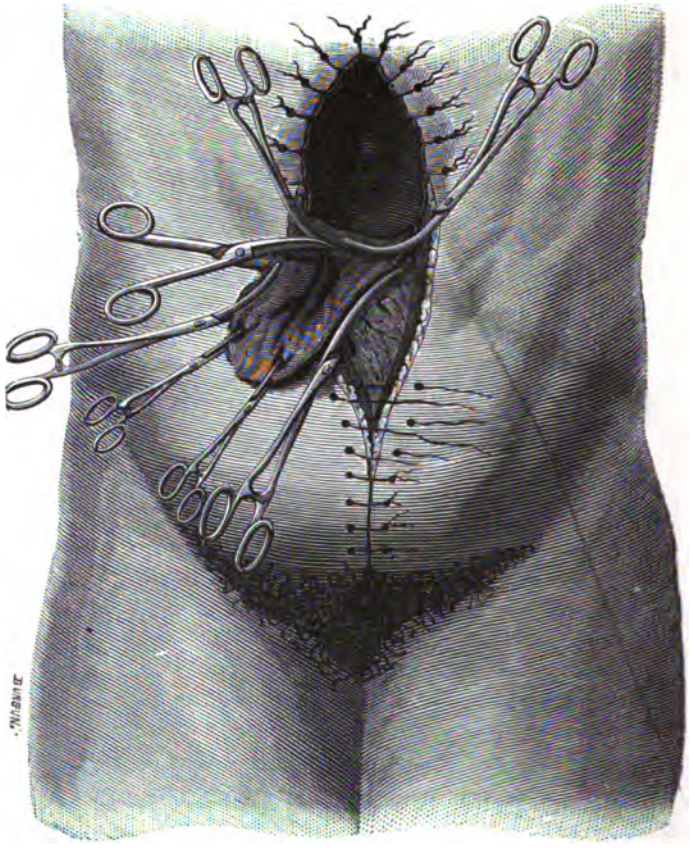


Fig. 605. — Traitement par suppuration d'un kyste de l'abdomen (marsupialisation.

en chirurgie, car tous les opérateurs ont adopté maintenant cette méthode qui a du reste été érigée en règle pour le traitement chirurgical des kystes produits par les grossesses ectopiques.

Laparotomie pour les kystes parovariens. — Ces kystes, à paroi mince, ont presque tous une tendance à se développer du côté du bassin et du mésentère; ils sont le plus souvent sessiles et assez difficiles à enlever.

La technique opératoire présente par suite quelques modifications pour l'*énucléation* et l'*hémostase*.

Lorsque cette variété de kystes aura été reconnue, il faut faire avec

précaution un pli au péritoine qui les recouvre, l'inciser et introduire le doigt et même la main pour pratiquer l'énucléation. Celle-ci sera rendue plus facile grâce au pincement des vaisseaux; ce n'est que lorsque la surface du kyste est mise à nu qu'on en fera l'évacuation avec le trocart.

Une fois le trocart retiré, on oblitère l'orifice avec une pince et on extrait la totalité de la poche par des tractions douces (fig. 606) en évitant de déchirer les vaisseaux et en surveillant l'hémostase.

Lorsque toute la poche est enlevée, les lèvres incisées des feuillets

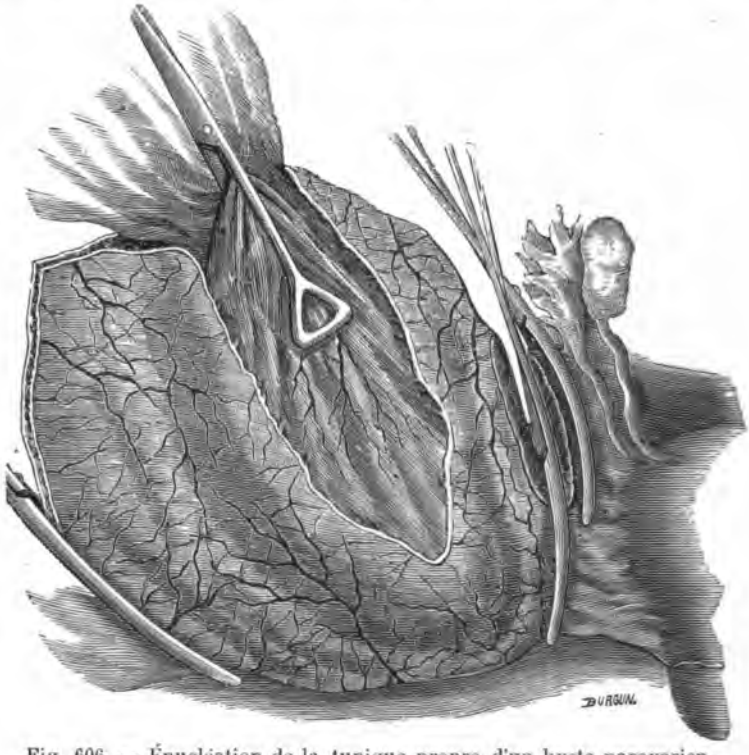


Fig. 606. — Énucléation de la tunique propre d'un kyste parovarien, après pincement préalable des organes qui l'entourent.

péritonéaux se rapprochent et il n'y a plus qu'à les lier en chaîne et à sectionner l'excédent.

Soins consécutifs. Complications, accidents. — Les premiers ovariotomistes ont consacré des chapitres aux soins consécutifs et aux accidents. Tout cela peut être aujourd'hui résumé en quelques lignes.

Il est d'usage de saupoudrer la ligne de suture avec de l'iodoforme, mais cette précaution n'est pas absolument nécessaire et lorsque l'opération a été simple, un simple pansement ouaté compressif suffit.

Il est important de pouvoir transporter la malade avec beaucoup de ménagements; nous recommandons l'emploi d'une table opératoire ayant un plateau mobile qui rend ce transport très facile (fig. 607).

Alimentation. — Il est préférable de ne donner aucun aliment pendant les premières vingt-quatre heures; quelques fragments de glace ou un peu de grog suffisent; on peut ensuite donner du lait coupé avec de l'eau de Vichy ou de Vals. En somme l'alimentation doit être légère jusqu'à ce que l'intestin ait repris ses fonctions normales.

Fig. 607. — Manière de transporter la malade opérée avec le plateau mobile de la table opératoire.

Opium. — Son emploi est absolument contre-indiqué si ce n'est dans des cas exceptionnels; on emploiera alors de préférence les piqures de morphine.

Accidents et complications. — Nous ne parlerons pas des accidents qui compliquent l'opération elle-même, tels que blessures des organes abdominaux, issue des intestins, hémorragies, etc. Ils sont communs à toutes les gastrotomies : la présence d'esprit et l'habileté du chirurgien doivent fournir les indications les plus pressantes.

Les complications qui produisent le plus souvent la mort après l'ovariotomie sont le *collapsus*, la *péritonite* et la *septicémie*. La première résulte de l'hémorragie et de la prostration qui suit une longue opération chez une femme déjà épuisée par la maladie.

Le collapsus sera traité par les injections de sérum artificiel.

La péritonite et la septicémie qui résultent du traumatisme et de l'infection sont beaucoup plus rares depuis les perfectionnements introduits dans les méthodes opératoires.

Il faut encore citer les hémorragies secondaires qui sont rares, mais d'une extrême gravité. Lorsque l'hémorragie est assez abondante pour menacer l'existence, il ne faut pas hésiter à rouvrir le ventre et à placer une nouvelle ligature sur le pédicule. Cette règle s'applique du reste à toutes les laparotomies (voy. *Hystérectomie abdominale*, p. 479).

TABLE DES FIGURES

I. — ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, TÉRATOLOGIE

Fig. 1. — Organes génitaux externes . . . 3
— 2. — Hymen annulaire à orifice central . . . 5
— 3. — Hymen à fente verticale . . . 5
— 4. — Développement de l'hymen . . . 5
— 5 à 13. — Développement des organes génitaux (Ecker) . . . 6, 7
— 14. — Pseudo-hermaphrodisme (Pozzi) . . . 10
— 15. — Pseudo-hermaphrodisme d'une femme (Neugebauer) . . . 11
— 16. — Paroi antérieure du vagin . . . 13
— 17. — Veines profondes de la vulve et du vagin (Lebec) . . . 14
— 18. — Section horizontale du plancher pelvien (Henle) . . . 15
— 19. — Vagin double par cloisonnement vertical . . . 17
— 20. — Base de la vessie et des uretères (Savage) . . . 19
— 21. — Rapports des uretères (Garrigues) . . . 20
— 22. — Section médiane du bassin . . . 21
— 23. — Rapports de l'utérus et du rectum . . . 24
— 24 à 26. — Col arrondi des nullipares (Balls) . . . 24, 25
— 27, 28. — Orifice utérin en trou d'aiguille . . . 25
— 29, 30. — Cols coniques antéfléchis . . . 26
— 31, 32. — Utérus de nullipare vu de face et de profil . . . 27
— 33. — Coupe transversale de la muqueuse du col . . . 28
— 34. — Epithélium de la muqueuse du col (de Synety) . . . 29
— 35. — Coupe de la muqueuse du col (Histologie) . . . 29
— 36. — Muqueuse du col utérin (Berdal) . . . 30
— 37. — Cellules musculaires de l'utérus pendant la grossesse . . . 30
— 38. — Muqueuse utérine au-dessus du museau de tanche . . . 31
— 39. — Muqueuse du col (de Sinety) . . . 31
— 40. — Artères utérines (Lebec) . . . 32
— 41. — Vaisseaux de l'utérus . . . 33
— 42. — Lymphatiques de l'utérus . . . 34
— 43. — Veines de l'utérus (Lebec) . . . 35
— 44. — Utérus double . . . 36
— 45. — Vaisseaux de l'ovaire, varicocèle ovarien . . . 39
— 46. — Coupe de l'ovaire (Stohr) . . . 40
— 47. — Coupe de l'ovaire chez une chatte (Cadiat) . . . 41
— 48. — Ovule de mammifère (Berdal) . . . 42
— 49. — Follicule de de Graaf . . . 44
— 50. — Développement de l'ovaire et des ovules (Duval) . . . 45
— 51. — Coupe du bassin montrant le péritoine pelvien (Bandl) . . . 48
— 52. — Utérus, ovaires et ligaments . . . 50

II. — MÉTHODES D'EXPLORATION. — PROCÉDÉS DE DIAGNOSTIC

Fig. 53. — Table pour examens et pansements 55
— 54. — Table aseptique portative 56
— 55. — Décubitus dorso-fessier pour opérations 57
— 56. — Position génu-pectorale 58
— 57. — Position génu-pectorale (coupe) 59
— 58. — Position génu-pectorale (prière mahométane) 60
— 59. — Position latérale gauche 61
— 60. — Position des doigts dans le toucher vaginal 65
— 61. — Toucher bi-manuel 68
— 62. — Palper abdominal et toucher rectal 70
— 63. — Spéculum de Fergusson 72
— 64 et 65. — Spéculum de Cusco 72
— 66 et 67. — Spéculum bec de canard 73
— 68 et 69. — Spéculum à dilatement parallèle 73
— 70. — Spéculum bivalve grillagé 74
— 71. — Spéculum pour irrigations vaginales 74
— 72. — Spéculum écarteur de Sims 75
— 73. — Introduction du spéculum 76
— 74. — Spéculum dilatateur de Gueillot 76
— 75. — Spéculum avec cuvette 77
— 76. — Fauteuil spéculum ouvert 77
— 77. — Le même formant lit 78
— 78. — Hystéromètre flexible de Sims 79
— 79 et 80. — Sonde intra-utérine à tige flexible de Lutaud 79
— 81. — Introduction de la sonde intra-utérine 81
— 82. — Pince à quatre griffes 82
— 83. — Introduction du cathéter dans un utérus fléchi 83
— 84. — Pince à deux griffes 84

III. — PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Fig. 85 et 86. — Siphon vaginal et bock 90
— 87. — Injecteur de Budin 91
— 88. — Irrigation vaginale à l'aide du siphon 91
— 89 et 90. — Alèzes de Smester 92
— 91. — Tube de Pozzi s'adaptant au spéculum 93
— 92. — Canule grillagée pour injections 93
— 93 et 94. — Canules pour injections chaudes 94
— 95 et 96. — Sondes utérines à double courant 95
— 97. — Seringue à injections intra-utérines de Leblond 95
— 98, 99 et 100. — Table aseptique portative 97
— 101 à 105. — Boîtes, cuvettes et bassines pour instruments 100
— 106. — Table aseptique pour opérations abdominales 101
— 107 et 108. — Etagères et chariots roulants pour cliniques 102
— 109, 110 et 111. — Stérilisateurs pour instruments 105
— 112 et 113. — Ciseaux pour avivement 106
— 114. — Aiguilles chasse-fils de Mathieu 108
— 115. — Aiguilles de Hagedorn 108

Fig. 116. — Aiguilles et porte-aiguilles de Reverdin 109
— 117. — Flacon pour conserver les aiguilles. 109
— 118. — Porte-aiguilles de Mathieu. 110
— 119. — Aiguilles de Reverdin 110
— 120. — Aiguilles de Moodgs. 110
— 121 à 124. — Boites pour la conservation des fils 111
— 125. — Suture à points séparés 112
— 126. — Suture continue à surjet simple 113
— 127. — Suture continue à étages superposés 114
— 128. — Suture continue en bourse. 115
— 129. — Suture sous-cutanée 115
— 130. — Suture enchevillée 116
— 131, 132 et 133. — Pinces hémostatiques. 118
— 134 et 135. — Nœuds de Bantock et de Lawson Tait. 118
— 136. — Ligature en chaine pour les pédicules. 119
— 137. — Dépresseurs vaginaux 120
— 138. — Valve de Fritz pour l'irrigation continue. 121
— 139. — Tube de caoutchouc en croix pour le drainage 123
— 140 et 141. — Pinces à griffes droites et courbes. 124
— 142. — Abaissement de l'utérus, pince de Hegar 124
— 143. — Emploi de la pince à griffes 126
— 144 et 145. — Pince de Auvard pour la fixation du col. 127
— 146. — Pince à 4 griffes. 127
— 147. — Dilatateur interne de Scanzoni 128
— 148. — Dilatateur permettant l'irrigation. 129
— 149. — Dilatateur divulseur de Auvard. 129
— 150. — Mandrins dilatateurs de Auvard 129
— 151 et 152. — Dilatateurs de Hegar. 130
— 153. — Eponge préparée pour la dilatation. 130
— 154 et 155. — Tiges de laminaire. 131
— 156. — Tiges de Tupelo. 131
— 157. — Dilatation par la méthode de Vulliet. 133
— 158 à 160. — Spéculums intra-utérins de Mathieu et de Vulliet. . . 134
— 161. — Spéculum dilatateur du col. 135
— 162. — Curettes tranchantes de Volkmann 135
— 163 à 165. — Différentes formes de curettes. 137
— 166. — Position latérale de Sims pour le curettage 137
— 167. — Position de la malade pour le curettage 138
— 168. — Ecarteur gynécologique 139
— 169. — Valve automatique de Auvard 140
— 170. — Valve automatique de Nitot 140
— 171 et 172. — Pinces dilatatrices pour le lavage intra-utérin 140
— 173. — Ecouvillon de Doléris 141
— 174. — Porte-coton et porte-caustique 141
— 175. — Massage utérin, position des doigts. 143

IV. — VULVE, VAGIN, PÉRINÉE

— 176. — Folliculite pilo-sébacée de la vulve. 149
— 177. — Forme et développement des gonocoques 152
— 178. — Abcès de la glande vulvo-vaginale. 153
— 179. — Chancre induré de la vulve 155

Fig. 180. — Esthiomène de la vulve 163
— 181. — Epithélioma glandulaire de la vulve. 164
— 182. — Tuberculose de la vulve 165
— 183. — Gommes ulcéreuses de la vulve (A. Fournier) 166
— 184. — Végétations de la vulve et de l'anus. 168
— 185 et 186. — Fibromes de la vulve (Péan). . . . . 170 et 171
— 187. — Hypertrophie de la vulve. 173
— 188. — Tumeur par rétention du sang menstruel 177
— 189. — Spéculum dilatateur de l'urètre. 180
— 190. — Cathétérisme de l'uretère 180
— 191. — Rapports des uretères 181
— 192. — Exploration des uretères. 182
— 193. — Polype profond de l'urètre (Péan). 186
— 194. — Dilatateur de l'urètre par atrésie (Péan). 189
— 195. — Cancer primitif de l'urètre (Péan). 192
— 196. — Cathéter à demeure de Sims. 193
— 197. — Cancer du vagin. 208
— 198. — Epithélioma du vagin et du col. 209
— 199 à 201. — Cancer de la paroi recto-vaginale (Péan). 210
— 202. — Cloisonnement du vagin. 215
— 203. — Corps étrangers du vagin 222
— 204 à 205. — Opération du vaginisme 229, 230
— 207. — Aiguilles de Emmet pour la périnéorrhaphie 237
— 208 à 210. — Périnéorrhaphie par le procédé de L. Tait. 239
— 211 à 212. — Procédé de L. Tait pour la rupture complète. 244
— 213. — Aiguille pour la périnéorrhaphie 246
— 214 à 216. — Périnéorraphie pour la rupture complète. 247
— 217. — Avivement pour la suture enchevillée. 251
— 218. — Suture enchevillée pour la périnéorrhaphie 251
— 219. — Principales variétés de fistules urinaires. 255
— 220. — Fistule déterminée par un pessaire 256
— 221 et 222. — Ciseaux et bistouris pour l'avivement 258
— 223 et 224. — Pinces et crochets pour saisir les lambeaux 260
— 225. — Suture de la fistule avec l'aiguille de Reverdin. 262
— 226 à 230. — Crochets, fourches et tord-fils. 263
— 231. — Opération de la fistule, avivement 264
— 232. — Tord-fil de Denonvilliers. 264
— 233. — Opération de la fistule, passage des fils 265
— 234. — — — torsion des sutures 266
— 235. — Ciseaux courbes pour couper les fils. 267
— 236. — Suture profonde pour les fistules. 267
— 237 et 238. — Sondes à demeure de Sims 268

V. — UTÉRUS. MÉTRITES

— 239. — Les gonocoques dans la métrite 274
— 240. — Endométrite gonorrhéale. 275
— 241. — Lésions de la muqueuse dans la métrite. 276
— 242. — Erosions du col dans la métrite. 278
— 243. — Hypertrophie des glandes (métrite). 280
— 244. — Muqueuse utérine normale. 280
— 245. — Section de la muqueuse dans la métrite chronique. 282

Fig. 246. — Muqueuse utérine dans l'endométrite 284
— 247. — Section de la muqueuse utérine (Cornil). 285
— 248. — Coupe de la muqueuse utérine dans l'inflammation chronique. 286
— 249 à 252. — Aspect du col dans la métrite (Balls) 287
— 253. — Chancre induré du col. 288
— 254. — Chancre mou du col. 288
— 255. — Syphilides papuleuses du col. 288
— 256. — Plaques muqueuses du col. 288
— 257. — Ulcérations blennorrhagiques du col 290
— 258. — Sonde à double courant démontable 292
— 259. — Sonde utérine à écartement 296
— 260. — Curette permettant l'irrigation 297
— 261. — Sonde utérine à double courant 297
— 262 et 263. — Cautères intra-utérins. 298
— 264 à 267. — Scarificateurs utérins. 298
— 268 à 269. — Pinces pour passer les drains 299
— 270. — Hypertrophie sus-vaginale du col. 306
— 271 à 272. — Hypertrophie totale de l'utérus 307
— 273. — Hypertrophie sous-vaginale du col 309
— 274. — Hématométrie par des tumeurs. 310
— 275. — Hématométrie et hématocèle. 311
— 276. — Tumeur par rétention du sang 312

VI. — UTÉRUS. CANCER. FIBROMES. POLYPES

— 277 à 284. — Histologie du sarcome utérin. . . . . 314 à 318
— 285. — Cysto-sarcome de l'utérus. 319
— 286 à 290. — Végétations glandulaires de la muqueuse utérine . . 320
— 287 à 289. — Végétations dans la dégénérescence épithéliale. . . . 321
— 291. — Ablation d'un utérus cancéreux (Péan) 324
— 292. — Epithélioma limité au col. 325
— 293 et 294. — Cancer végétant de l'utérus 326
— 295. — Adhérences en doigt de gant dans le sarcome. 328
— 296. — Cancer primitif du corps de l'utérus 329
— 297. — Forme péritonéale du cancer utérin (Péan) 331
— 298. — Curettage de l'utérus cancéreux (Péan). 332
— 299. — Ecraseur de Chassaignac 333
— 300. — Déformateur de l'abdomen par un fibrome. 349
— 301. — Fibrome interstitiel de la paroi postérieure (Péan). 350
— 302. — Gros fibrome pédiculé du fond de l'utérus (Péan) 351
— 303. — Histologie du fibro-myome 352
— 304. — Fibrome ayant subi la dégénérescence graisseuse (Péan). . 352
— 305. — Coupe d'un fibro-kyste (Péan). 353
— 306. — Coupe d'un fibrome érectile (Péan). 353
— 307. — Fibrome angiomateux érectile (Péan) 354
— 308. — Fibrome à géodes et à kystes (Péan). 355
— 309. — Myome occupant toute la paroi (Péan) 356
— 310. — Myome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse (Péan) . 357
— 311. — Végétations de la paroi d'un kyste (Péan). 357
— 312. — Espaces lymphatiques d'un géode (Péan). 358
— 313. — Tumeurs fibro-kystiques (Péan) 358
— 314. — Fibromes multiples (Péan). 359

Fig. 315. — Fibrome kystique sous-séreux (Péan). 360
— 316. — Fibrome sous-péritonéal (Péan) 361
— 317. — Fibrome du col et du corps (Péan). 363
— 318 et 319. — Fibromes sous-muqueux de l'utérus (Péan) 368
— 320 à 322 et 325. — Pinces pour saisir les fibromes. 372
— 323. — Dilatateur du col utérin. 373
— 324 et 326. — Morcellement et évidement des fibromes (Péan). . . 374
— 327. — Gros polype faisant saillie à la vulve. 378
— 328. — Coupe d'un polype fibro-kystique 379
— 329. — Pince pour saisir les polypes. 380
— 330. — Pincement appliqué aux polypes sous-muqueux (Péan) . . 381
— 331. — Sonde pour la ligature des polypes 381
— 332. — Serre-nœud élastique de Perrier. 382
— 333. — Polyptome de Simpson 383
— 334. — Pinces hémostatiques pour saisir les polypes 383
— 335. — Crochet pour l'énucléation des polypes. 384
— 336. — Chaîne d'écraseur laissée en place 385
— 337. — Kystes sous-péritonéaux de l'utérus (Péan) 387
— 338. — Kystes hydatiques de l'utérus (Péan). 389
— 339. — Tuberculose de l'utérus (Péan). 390

VII. — UTÉRUS. — DÉPLACEMENTS

— 340. — Degrés du prolapsus utérin 392
— 341. — Prolapsus complet de l'utérus. 393
— 342 à 344. — Pessaires en émail 394
— 345 à 348. — Ceintures avec plancher pour le prolapsus . . 395 et 396
— 349 à 351. — Pessaires à air de Gariel . . . . . 397 et 398
— 352 à 354. — Pessaires à anneau 399
— 356 à 358. — Pessaire de Vulliet 400
— 359. — Introduction du pessaire de Vulliet 400
— 360. — Le pessaire de Vulliet en place 401
— 361. — Pessaire de Hodge pour le prolapsus. 401
— 362 et 363. — Pessaire de Cutter 402
— 364. — Utérus en antéversion 404
— 365 et 366. — Redresseurs utérins articulés 405
— 367 et 368. — Pessaires à air pour l'antéversion. 406
— 369 et 370. — Pessaires de Sims et de Gottschalk. 406
— 371 et 372. — Pessaire de Zwanck ouvert et fermé 407
— 373. — Pessaire à antéversion de Gehrung. 408
— 374 et 375. — Pessaire à levier et en huit de chiffre 408
— 376 à 378. — Pessaires à tige et à cupule 408
— 379 et 380. — Pessaire de Graily Hewitt. 409
— 381 à 383. — Pesssaire de Gaillard Thomas pour l'antéversion . . 409
— 384 et 385. — Pessaire à bulbe et en fer à cheval. 411
— 386 et 387. — Pessaires de Studley et de Fowler 412
— 388 et 389. — Pessaires à ressort 413
— 390. — Pessaire intra-utérin de Studley 415
— 391. — Redressement de l'utérus au moyen du cathéter 416
— 392. — Pessaire intra-utérin de Greenhalg 417
— 393. — Pessaire de Fowler pour la rétroversion 417
— 394. — Pessaire de Galabin pour la rétroflexion. 417
— 395 et 396. — Pessaires de Fritsch 418

Fig. 397 et 398. — Pessaires de Schultze 419
— 399 et 400. — Pessaires à bulbe de G. Thomas 419
— 401. — Position genu-pectorale pour la réduction de la rétroflexion. 420
— 402. — Schéma de la position genu-pectorale 421
— 403. — Cathétérisme de l'utérus fléchi 421
— 404 à 406. — Pessaires de Hervez de Chégoin 422
— 407 à 409. — Autres modèles de pessaires. 422
— 410 et 411. — Pessaires d'Albert Smith 423
— 412. — Introduction du pessaire 424
— 413. — Introduction du pessaire de Hodge. 425
— 414. — Le pessaire est en place. 425
— 415. — Inversion complète de l'utérus 427

VIII. — UTÉRUS. — OPÉRATIONS

— 416. — Colporrhaphie antérieure 431
— 417. — Colporrhaphie antérieure 432
— 418. — Aiguilles de Hagedorn pour la périnéorrhaphie 433
— 419. — Porte aiguilles de Hagedorn. 433
— 420. — Colporrhaphie antérieure 434
— 421. — Opération d'Alquié Alexander 436
— 422. — Raccourcissement des ligaments ronds 439
— 423. — Hystéropexie, procédé de Terrier. 443
— 424. — Fixation vaginale, procédé de Dudley. 447
— 425. — Prolapsus complet de l'utérus 450
— 426 à 428. — Traitement chirurgical du prolapsus . . . . . 450 à 451
— 429. — Schéma de l'inversion utérine 452
— 430 à 432. — Opération pour l'inversion utérine 452
— 433 à 436. — Lacération et ectropion du col 454
— 437. — Section du col dans la lacération. 455
— 438. — Pince pour écarter les lèvres du col. 456
— 439 et 440. — Bistouris et ciseaux pour l'avivement. 458
— 441 et 442. — Opération d'Emmet, position des sutures. 459
— 443. — Opération d'Emmet et de Schrœder. 461
— 444. — Hypertrophie du col avec ectropion. 462
— 445. — Elongation et déchirure du col. 464
— 446. — Adossement des lèvres avec la suture 465
— 447. — Tumeur fibreuse et inversion (Péan) 467
— 448 à 450. — Pinces pour l'hystérectomie 468
— 451 et 452. — Dépresseurs et écarteurs pour l'hystérectomie 469
— 453. — Crochet pour saisir les petites tumeurs 470
— 454. — Hystérectomie vaginale, pincement des ligaments 471
— 455 et 456. — Hystérectomie vaginale, procédé de Segond. 472
— 457. — Pinces pour saisir les ligaments larges 474
— 458. — Hystérectomie abdomino-vaginale totale (Péan) 475
— 459. — Vaisseaux de l'utérus. 476
— 460. — Rapports des uretères (Garrigues) 477
— 461. — Ligateur élastique 480
— 462. — Pince hémostatique de Kocher. 481
— 463. — Manche spécial pour les broches. 482
— 464. — Pinces à morcellement. 483
— 465. — Hystérectomie abdominale, pincement des ligaments (Péan). 483
— 466. — Pince de Reverdin, pour les fibromes. 484

Fig. 467 et 468. — Nœuds de Bantock et de L. Tait 485
— 469. — Ligature en chaîne 485
— 470 et 471. — Aiguilles pour les pédicules. 486
— 472. — Pince-clamps de Richelot. 487
— 473. — Pincement définitif du pédicule (Péan) 487
— 474. — Suture du pédicule, procédé de Schrœder 488
— 475. — Valve abdomino-vaginale de Montprofit. 490
— 476. — Hystérectomie abdominale (Chaput) 492
— 477 et 478. — Erignes et désenclaveurs. 493

IX. — TROUBLES FONCTIONNELS. STÉRILITÉ, ETC.

— 479. — Pessaire galvanique de Simpson 504
— 480 à 484. — Stylets intra-utérins 505
— 485. — Pessaire de Studley pour l'aménorrhée 505
— 486 et 487. — Orifice normal du col et orifice au trou d'aiguille. . . 511
— 488. — Portion vaginale du col en forme de cône 512
— 489. — Structure des spermatozoïdes 513
— 490. — Cellules des tubes séminifères 514
— 491. — Développement des spermatozoïdes 515
— 492. — Spermatozoïdes (Berdal). 516
— 493 à 495. — Différentes formes du col utérin. 517
— 496 et 497. — Variétés de cols conoïdes. 518
— 498. — Métrotome de Simpson 518
— 499. — Aspect du col après l'opération de Sims. 519
— 500. — Ciseaux pour inciser le col. 520
— 501. — Discision du col avec les ciseaux 520
— 502. — Incision faite avec le métrotome 521
— 503. — Tube de Sims pour la dilatation 522
— 504. — Fausse route vaginale 523
— 505 à 509. — Seringues pour la fécondation artificielle. 523

X. — ABCÈS PELVIENS. SALPINGITE. HÉMATOCÈLE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

— 510. — Le péritoine et la région pelvienne 532
— 511. — Abcès sous-péritonéaux du petit bassin (Péan). 533
— 512. — Adhérences dans la pelvi-cellulite (Péan). 534
— 513. — Abcès sans communication avec le cul-de-sac de Douglas (Péan) 537
— 514. — Pelvi-péritonite à répétition (Douglas). 543
— 515. — Péritonite avec cancer (Douglas) 544
— 516. — Epanchement plastique dans les ligaments larges 547
— 517. — Disposition de la cavité des ligaments larges (Lebec) 549
— 518 à 521. — Tumeurs végétantes du péritoine (Péan). 551
— 522 à 527. — Histologie des tumeurs végétantes (Cornil). 555
— 528. — Salpingite catarrhale végétante. 561
— 529 et 530. — Muqueuse tubaire dans la salpingite chronique. . . . 563
— 531 et 532. — Végétations dans la salpingite chronique 563
— 533. — Végétations intra-tubaires dans la salpingite 565
— 534. — Aspect de la tumeur formée par le pyo-salpinx. 566
— 535. — Paroi tubaire dans l'hémato-salpinx 567

Fig. 536. — Hydro-salpinx double (Cullen) 568
— 537. — Tuberculose des annexes de l'utérus. 570
— 538. — Pince-trocart de Reverdin 577
— 539. — Pince de Wolfer pour passer les drains. 578
— 540. — Tube pour le drainage des abcès pelviens. 580
— 541. — Hématocèle intra-péritonéale (Péan). 593
— 542. — Hématocèle enkystée (Péan) 594
— 543. — Hématocèle intra-péritonéale récente. 596
— 544. — Muqueuse utérine normale. 602
— 545. — Hypertrophie des glandes dans la grossesse ectopique. . . . 603
— 546. — Cellules déciduales 604
— 547 et 548. — Villosités choréales dans la grossesse ectopique. . . . 605
— 549. — Grossesse tubaire avec fœtus reconnaissable à la vue. . . . 609
— 550. — Grossesse extra-utérine abdominale. 611

XI. — TUMEURS OVARIENNES ET PÉRI-OVARIENNES. OVARIOTOMIE

— 551. — Ovaire kystique par néoformation embryonnaire. 623
— 552. — Tube épithélial de l'ovaire. 625
— 553 et 554. — Aspect macroscopique des kystes multiloculaires (Péan). 626
— 555 à 558. — Métamorphoses épithéliales dans les kystes de l'ovaire . . . . . 628 et 629
— 559. — Kyste multiloculaire de l'ovaire. 630
— 560. — Histologie des kystes de l'ovaire (Berdal) 631
— 561. — Kyste aréolaire de l'ovaire (Péan). 631
— 562. — Kyste multiloculaire avec adhérences (Péan). 632
— 563 et 564. — Kyste dégénéré des ovaires et des trompes (Péan). . . 634
— 565 et 566. — Histologie des kystes dégénérés 637
— 567. — Revêtement épithélial (kystes dégénérés) 638
— 568. — Kyste dermoïde de l'ovaire (Péan) 639
— 569. — Kyste parovarien type (Péan). 641
— 570. — Kyste parovarien primitif 642
— 571. — Kyste multilobulaire avec adhérences. 647
— 572. — Cysto-sarcome de l'ovaire avec adhérences. 657
— 573. — Cysto-sarcome de l'ovaire droit. 658
— 574. — Tumeurs épithéliales des ovaires 659
— 575. — Epithélioma kystique de l'ovaire 660
— 576 à 579. — Histologie des tumeurs épithéliomateuses 661
— 580. — Fibrome de l'ovaire 663
— 581. — Kyste hydatique de l'ovaire. 664
— 582. — Position de Trendelenbourg pour les laparotomies. 669
— 583. — Pince fenêtrée à mors courbes 670
— 584. — Ecarteurs pour les parois du ventre. 670
— 585 à 589. — Pinces de formes diverses pour l'ovariotomie. 671
— 590. — Ecarteur abdominal à valves 674
— 591. — Sonde cannelée de Félizet 674
— 592. — Ovariotomie. Incision du péritoine 675
— 593. — Spatule pour détacher les adhérences. 676
— 594. — Destruction des adhérences (Péan) 676
— 595. — Broches en acier avec manche 677
— 596. — Ablation d'un kyste par morcellement (Péan) 678

Fig. 597 à 599. — Divers modèles de trocarts 679
— 600. — Ovariotomie, extraction du kyste. 680
— 601. — Aiguille à manche pour les pédicules 681
— 602. — Ligature en chaine des pédicules. 682
— 603. — Pince-clamps de Reynier. 682
— 604. — Tréteaux pour pansements 684
— 605. — Traitement par suppuration des kystes (Péan) 686
— 606. — Enucléation d'un kyste parovarien (Péan) 687
— 607. — Transport de l'opérée 688

ERRATUM

Page 298, fig. 263 : *au lieu de :* cautère olivaire *ultra-utérin*, *lire :* cautère olivaire *intra-utérin*.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(Les petites capitales indiquent les noms d'auteurs.)

A

Abaissement de l'utérus, 124.
— (contre-indication de l'—), 124.
Abcès des glandes vulvo-vaginales, 152.
— du vagin, 202.
— pelviens (traitement des), 572.
— péri-utérins (traitement des), 576.
Abdomen (occlusion de l'—), 683.
Absence des ovaires, 573.
— de l'urètre, 190.
— du vagin, 214.
Acide borique (emploi de l'), 90.
Acné de la vulve, 158.
Adhérences des kystes ovariens, 646.
— dans l'ovariotomie, 677.
Aides (l'opérateur et les —), 102.
Aiguilles (choix des —), 108.
ALBERT, 498.
ALBUCASIS, 72.
Alcool (dans le traitement du cancer de l'utérus), 342.
ALEXANDER, 435.
ALIBRAN, 161.
Alimentation après l'ovariotomie, 687.
ALQUIÉ, 435.
Aménorrhée, 504.
Amputation du col, 461.
AMUSSAT, 218.
Anaphrodisie (de l' —), 501.
Annexes (ablation des —, dans l'hystérectomie abdominale), 484.
Antéflexion de l'utérus, 414.
Antéversion de l'utérus, 403.
Antiseptie en gynécologie, 87.
Anus (atrésie de l'—), 9.
— (l' — chez la femme), 21.
Apoplexie de la trompe, 566.
Appendicite, 596.
— et péritonite pelvienne, 544.
ARAN, 673,03,591.
Ascite et kystes de l'ovaire, 651.
Asepsie en gynécologie, 88.
ASTLEY COOPER, 172.
ATLEE, 388.
Atrésie hyménéale, 177.
— cervicale, 508.
— de la vulve, 176.
— de l'utérus, 309.
— utérine et stérilité, 519.
Atrophie des ovaires, 573.
Autoclaves pour stérilisation, 103.
AUVARD, 126, 130, 137, 277, 568.
AVELING, 508.
Avivement des plaies, 107.
Avortement, 527.

B

Bactériologie gynécologique, 84, 273.
BAKER-BROWN, 207, 236, 240, 252, 502.
BANTOCK, 88, 484.
BARBOUR, 48.
BARDENHEUER, 491.
BARNES (Robert), 37, 198, 324, 389, 394.
BARNES (Fancourt), 538, 561, 668.
Bartholinites, 152.
BAUDOIN (Marcel), 437, 440.
BAZIN, 159.
BERGMANN, 104.
BERNUTZ, 540, 591.
BIÉGEL, 212.
BILLROTH, 318, 681.
BLANDIN, 174, 230.
Bleu de méthylène dans le traitement du cancer de l'utérus, 343.
BLOT, 161.
BOIVIN (Mme), 73.
BONNEL, 175.
Bougies (dilatation du col par les), 130.
BOUILLARD, 547.
BOUILLY, 341, 499, 559, 587.
BOUVERET, 74.
BOZEMAN, 259.
BRAND, 141.
BREISKY, 166, 321.
BRENNER, 183.
Broches et porte-broches, 677.
BYFORD, 551, 611.

C

Calculs de la vessie, 190.
Camerer, 176.
Cancer de l'urètre, 193.
— du vagin, 208.
— de la cloison vaginale, 211.
— de la vulve, 164.
— de l'utérus (causes du —), 323.
— (symptômes), 324.
— et grossesse, 327, 341.
— (diagnostic du —), 329.
— (traitement opératoire du —), 330.
— (l'hystérectomie vaginale dans le —), 334.
— (l'hystérectomie sacrée dans le —), 335.
— (l'hystérectomie abdominale dans le —), 335.
— (traitement non opératoire du —), 343.
— (l'alcool absolu dans le —), 342.
— (le bleu de méthylène dans le —), 343.
— (le carbure de calcium dans le —), 343.
— (l'asepsie du vagin dans le —), 343.
Caradec, 17.
Carbure de calcium dans le traitement du cancer de l'utérus, 343.
Caroncules myrtiformes, 6.
Caroncules de l'urètre, 186.
Catgut pour les sutures, 110.
Cathétérisme utérin sans spéculum (le —), 79, 80.
— avec spéculum (le —), 82.
— dans la position génu-pectorale (le—), 82.
— chez la vierge, 83.
— combiné au toucher rectal, 83.
— de l'urètre, 179.
— de la vessie, 70.
Caustiques dans le traitement du cancer de l'utérus (les —), 330.
Cellard, 172.
Cellulite pelvienne diffuse, 581.
Chadwick, 21.
Champ opératoire (Toilette du —), 93.
Chapman, 507.
Chaput, 491.
Chassaignac, 174, 333.
Chasse-fil (aiguille —), 109.
Churchill, 172, 188, 189, 225.
Clitoris (le —), 3.
— (développement du —), 8.
— (hypertrophie du —), 174.
— (ablation du —), 502.
Cloaque (Persistance du —), 9.
Cloison recto-vaginale (cancer de la —), 211.
Cloisonnement du vagin, 214.
Cloquet, 223.
Col (état du — dans la métrite), 286.
— (abaissement du —), 126.
— (ulcérations du — dans la métrite), 288.
— (de la métrite blennorrhagique du —), 289.
— (de l'amputation du —), 299, 233, 461.
— (hypertrophie sus-vaginale du —), 305.
— (hypertrophie sous-vaginale du —), 307.
— (atrésie du —), 508.
— (sténoses du —), 511.
— (lacération du —), 453.
Colombat, 203.
Colpectomie contre le prolapsus utérin, 449.
Colpo-hystéropexie, 445.
Colpokleisis contre le prolapsus (le —), 448.
Colporrhaphies, 253, 430.
— dans la stérilité (les —), 521.
— précervicale (la —), 522)
— rétro-cervicale (la —), 522.
Compresses (préparation des), 105.
Conception (troubles de la), 513.
Condamin, 587.
Cooper, 389.
Copulation (troubles de la —), 501.
Cornil, 285, 562.
Corps étrangers du vagin, 221.
— (traitement des —), 223.
— de la vessie, 190.
Coste, 509.
Courty, 188, 224, 279, 326, 378, 428, 507, 509, 524, 526.
Crin de Florence, 112.
Cruveilhier, 625.
Cul-de-sac de Douglas, 49.
— vésico-utérin, 49.
Culs-de-sacs vaginaux, 14.
Cullingworth, 175.
Curettage dans le cancer de l'utérus, 332.
— (le —), 135.
— (indications du —), 136, 141.
— (manuel opératoire du —), 137.
— (lavage de l'utérus dans le —), 139.
— (cautérisation après le —), 139.
— dans la métrite, 297.
— et écouvillonnage, 139.
— dans les fibromes, 369.
Curette (choix d'une —), 136.
Cusco, 74.
Cutter, 413.
Cystites (des — chez la femme, 191.
— aiguës, 191.
— chroniques, 191.

Cystites (traitement des —), 191.
Cysto-sarcomes de l'utérus, 317.
Cysto-hystéropexie abdominale, 443.
Cystocèle vaginale, 190, 205.
— (symptômes de la —), 205.
— (traitement de la —), 205, 443.
Czerny, 334.

D

Dabreuille, 175.
Dangers de la tente utérine, 132.
Debout, 223.
Décubitus dorsal simple, 54, 56.
— dorso-fessier, 48.
— latéral gauche, 60.
Delbet, 559.
Delore, 229.
Demarquay, 252, 379.
Demons, 465.
Depaul, 398.
Déplacement de la vessie, 190.
Dépresseur de Sims, 75.
Desgranges, 430.
Désinfection opératoire, 87.
Développement des organes génitaux externes, 6.
Diday, 169.
Dieffenbach, 236.
Dieulafoy, 586.
Dilatateurs intra-utérins, 128.
— urétraux, 181.
Dilatation utérine par la sonde (la), 130.
— par les laminaires, 130.
— par les bougies, 130.
— par les éponges, 130.
— par le tupelo, 130.
— complète de la cavité utérine, 132.
— par le procédé d'Hegar, 132.
— par le procédé de Vulliet, 133.
— des trompes, 568.
Doléris, 522.
Donné, 196.
Douches d'Esmarch, 93.
Doyen, 118, 269, 270, 472, 478, 491, 681.
Drainage en gynécologie (le —), 132.
— abdominal (le —), 122.
— vaginal (le —), 123.
— opératoire (le —) 122.
— thérapeutique (le —), 123.
— des abcès pelviens, 579.
Dubois (Antoine), 217.
Duclos, 362.
Dudley, 445.
Duhrssen, 447, 588.
Dumontpallier, 402, 413.
Dupuytren, 73, 218.
Duret, 550.
Dutard, 299.
Dysménorrhée, 508.
Dysménorrhée membraneuse, 508.
— son traitement, 510.
— obstructive, 511.
Dyspareunie, 501.

E

Eberth, 562.
Ebullition des instruments, 104.
Ecarteurs abdominaux, 670, 674.
Ecraseur de Chassaignac, 333.
Eczéma de la vulve, 158.
Egine (Paul d' —), 72.
Eigenbrodt, 509.
Electrothérapie dans les fibromes, 366.
Eléphantiasis de la vulve, 172.
Elévation de l'utérus, 391.
Elytrorrhaphies, 430.
Elytrotomie, 617, 620.
Emménagogues, 504.
Emmet, 192, 248, 252, 300, 445, 453.
Endométrite, 282.
Entérocèle vaginale, 207.
Enucléation des kystes parovariens, 686.
Episiorrhaphie, 268.
Epispadias de la femme, 9.
Epithéliomes de l'ovaire, 625.
Eponges aseptiques (dilatation par les —) 105, 295.
— (emploi des — dans les métrites, 130.
Esthiomène de la vulve, 163.
Etroitesse congénitale du vagin, 219.
Etuves pour stérilisation, 103.
Examen de la paroi abdominale, 63.
— gynécologiques (les postures pour les —), 53.

F

Facies utérin, 650.
— ovarien, 650.
Faure (J.), 465.
Faux travail, 610.
Fécondation artificielle, 523.
— (indications et contre-indications —), 525.
— (Procédés de —), 525.
Fergusson, 73, 182.
Fibromes de l'utérus, 348.
— (anatomie pathologique des —), 8.
— (étiologie des —), 354.
— (symptômes des —), 355.
— (interstitiels —), 356.
— (sous-muqueux —), 357.
— (sous péritonéaux —), 360.
— (diagnostic des —), 361.
— (marche durée, terminaison des —), 362.
— (traitement des —), 367.
— (traitement médical des —), 364.
— (l'électrothérapie dans les —), 366.

Fibromes (le curettage dans les —), 369.
— (la castration ovarienne dans les —), 369.
— (traitement chirurgical des —), 370.
— (le morcellement des —), 372.
— (l'hystérectomie dans les —), 373, 499.
Fibro-sarcomes, 316.
— de la vulve, 170.
Fils (emploi des — en gynécologie), 109.
Fistules urinaires, 254.
— vésico-vaginales, 254.
— urétro-vaginales, 254.
— vésico-utérines, 255.
— vésico-utéro-vaginales, 255.
— (symptômes des —), 256.
— (traitement des —), 257.
— (technique de l'opération des —), 358.
— (les sutures dans le traitement des —), 261.
— (procédé de Sims pour le traitement des —), 257.
— (traitement des — par l'occlusion du vagin), 268.
— gynécologiques, post-opératoires, 269.
— dans les cystites, 192.
Flambage des instruments, 104.
Flexions de l'utérus, 413.
Fluctuation et kystes ovariens, 654.
Fœtus (évolution du — dans la grossesse utérine, 607.
Follicules de de Graaf, 626.
Folliculite vulvaire de Huguier, 158.
Forcipressure en gynécologie, 117.
Fosse naviculaire, 2.
Fouget, 17.
Fourchette (anatomie), 2.
— (déchirures de la —), 232.
Fowler, 423.
Franco, 72.
Freund, 335.
Frigidité chez la femme, 501.
Fritsch, 418.

G

Gairdner, 453.
Gallard, 299, 301, 314, 404, 591.
Gangrène du vagin, 201.
Garrigues, 181.
Gazes à pansement, 105.
Gensoul, 384.
Giraldès, 187.
Girault, 523.
Glandes vulvo-vaginales, 4.
Goodell, 455.
Gosselin, 536.
Graily Hewith, 388.
Grandchamp, 228.
Grossesse et cancer de l'utérus, 327, 341.
Grossesse extra-utérine, 600.
— tubaire, 601.
— abdominale, 601.
— ovarienne, 601.
— dans une corne utérine, 606.
— tubo-abdominale, 607.
— tubo-interstitielle, 613.
— avec mort du fœtus, 618.
Grunfeld, 183.
Gueillot, 76.
Guéneau de Mussy (N.), 226.
Guillemaut, 380.
Guillemeau, 236.
Guinard, 343.
Gusserow, 314.

H

Haen (de), 218.
Hagedorn, 433.
Hart, 48, 394, 420.
Hartmann, 559, 565.
Hegar, 130, 132, 485, 498, 509, 559, 579.
Hémato-salpinx, 564, 566.
— (symptômes et traitement de l' —), 567.
Hématocèle pelvienne, 591.
— extra-péritonéale, 593.
— intra-péritonéale, 593.
— cataclysmique, 604.
— enkystée, 614.
Hématométrie, 310.
Hémorragies de la vulve, 175.
— vulvaires des nouveau-nés, 175.
— péritonéale, 610, 615.
— kysto-placentaire, 610.
Hémostase en gynécologie, 117.
— par forcipressure, 117.
— par irrigation continue, 120.
— par tamponnement, 120.
— par la torsion, 117.
— par la ligature, 117.
Hennig, 465.
Heppner, 11.
Hermaphrodisme, 10, 12.
— apparent, 12.
— latéral, 12.
— transversal, 12.
— double, 12.
— vertical, 12.
Hernie des grandes lèvres, 171.
Herpès de la vulve, 158.
Hervez de Chégoin, 423, 462.
Hildebrand, 561.
Hochnegg, 334.
Hodge, 412, 423.
Hohman (Catherine), 11.
Huguier, 159, 163, 170, 185, 207, 213, 218, 228, 305, 333, 392, 462.

Hydropisie ovarienne, 651.
— tubaire, 567.
Hydro-salpinx, 564, 567.
— (symptômes), 567.
— (traitement), 568.
Hymen (membrane —), 5.
— (développement de l' —), 8.
— (atrésie de l' —), 177.
Hypertrophie de l'utérus, 305.
— et stérilité, 309.
— du clitoris, 174.
— des petites lèvres, 174.
— de la vulve, 185.
— de la muqueuse urétrale, 185.
Hystérectomie abdominale, 334.
— dans le cancer, 334.
— dans le fibrome, 373.
— sub-totale, 489.
— sus-pubienne totale, 496.
— vagino-abdominale totale, 479, 490.
— (procédé de Doyen), 491.
— (procédé de Reynier), 494.
— (procédé américain), 495.
— sacrée, 334, 498.
— vaginale, 465.
— (indications de l' —), 466.
— procédés opératoires, 467.
— procédé de la forcipressure dans l' —, 468.
— procédé des ligatures dans l' —, 475.
— et morcellement, 478.
— pour fibromes, 478.
— dans les suppurations pelviennes, 582.
Hystéromètres (emploi des —), 79.
— de Sims, 79.
— de Lutaud, 79.
— flexibles (les —), 79.
— introduction de l' —), 80.
— avec curseur (l' —), 80.
Hystéropexie, 440.
Hystérotomie pour fibromes, 499.

I

Ignipuncture ovarienne, 587.
Imperforation du méat, 190.
— du vagin, 215.
— (traitement de l' —), 216.
— (la castration dans l' —), 216.
— (la ponction dans l' —), 217.
— (l'incision dans l' —), 217.
— (le refoulement dans l' —), 218.
Incision des abcès pelviens, 576.
— exploratrice, 667.
Infection microbienne (de l' — dans la vaginite), 194.
Inflammations péri-utérines, 529, 530.
Injections vaginales, 91.
— utérines, 95.
Injections chaudes, 94.
Instruments (stérilisation), 103.
— (le flambage des —), 104.
— (l'ébullition des —), 104.
Inversion utérine, 426, 451.
— (traitement chirurgical), 429.
Iodoforme (l' — en gynécologie), 90.

J

Jaboulay, 496, 587.
Jobert de Lamballe, 259, 462.

K

Kaltenbach, 562.
Kehrer, 451.
Kelly (Howard), 183, 443, 495.
Kendal Frank, 116.
Kimbal, 479.
Kiwisk, 257, 416, 569, 574.
Klippel, 564.
Klob, 212.
Koch, 274.
Kœberlé, 479, 668.
Kolpokleisis (du —), 268.
Krasowski, 675.
Kraurosis de la vulve, 167.
Kyste fœtal, 609, 612.
Kystes de l'ovaire, 625.
— ovariens multiples, 630.
— aréolaires, 631, 646.
— proliférants, 633.
— papillaires, 634.
— dégénérés, 634.
— dermoïdes, 636, 646.
— parovariens, 640, 686.
— hyalins, 642.
— péri-ovariens, 643.
— tubo-ovariens, 644.
— traitement, 666.
— ponction, 666.
— incision exploratrice, 667.
Kyste de l'utérus, 388.
Kystes du vagin, 213.
— (traitement des —), 213.

L

Labadie-Lagrave, 508.
Labbé (Léon), 65.
Lacérations du col, 453.
— (étiologie des —), 455.
— (symptômes), 456.
— (traitement), 458.
Laminaires (la dilatation du col par les —), 130.
Landau, 567.
Landowski, 423.
Langenbeck, 252.

Lanelongue (de Bordeaux), 293.
Laparo-hystérorrhaphie, 440.
Laparotomie dans les abcès pelviens, 580.
— sous-péritonéale, 581, 599.
— dans l'hématocèle, 599
Lapeyrousse, 461.
Larcher, 380.
Laroyenne (méthode de —), 576.
Laroyenne, 123, 443, 576.
Latéroversions de l'utérus, 413.
Lawson-Tait, 88, 116, 236, 240, 484, 529, 558, 559, 667.
Lebec 354.
Lebert, 324, 348.
Le Fort, 219, 221.
Legueu, 334, 598.
Leucorrhée, 197.
— graisseuse dans la métrite, 287.
Levassort, 105.
Lèvres (grandes —), 2.
— (développement des —), 8.
— (hernie des —), 171.
— (adhérences des —), 170.
Lèvres (les petites —), 2.
— (développement des —), 8.
— (hypertrophie des petites —), 174.
— (adhérences des petites —), 177.
Ligaments larges (anatomie), 49.
— (phlegmon des —), 546.
— (kystes des —), 642.
Ligaments ronds, 51.
Ligaments de l'utérus (raccourcissement intra-abdominal des —), 437.
Ligaments utéro-sacrés (les —), 51.
Ligature des vaisseaux, 119.
— en masse, 119.
— élastique, 110.
— en chaîne, 682.
Liquides ovariens, 644.
Lisfranc, 73, 333, 461.
Lithopédion, 608.

M

Mac-Donald, 190.
Marsupialisation (de la —), 620, 685.
Martin, 167, 416, 476, 559, 565, 587.
Martineau, 277.
Massage en gynécologie, 141.
— externe (le —), 142.
— interne (le —), 142.
— (applications du —), 145.
— (manuel du —), 142.
Matthews-Duncan, 561.
Mathieu, 109 et *passim*.
Méat urinaire (anatomie), 4.
— (maladies du —), 179.
— (imperforation du —), 190.
Meigs, 402, 413.
Ménétriez, 187.
Ménopause (physiologie de la —), 45.
Menstruation (physiologie), 43.
— (les phénomènes secondaires à la —), 45.
— (troubles de la —), 503.
Métrites (division), 275.
— (étiologie de la — aiguë), 276.
— (les lésions anatomiques dans les —), 278, 283.
— (symptômes de la — aiguë), 278.
— (diagnostic de la — aiguë), 279.
— (traitement de la — aiguë), 280.
— chroniques (les —), 282.
— (étiologie de la — chronique), 283.
— (état du col dans les —), 286.
— (symptômes de la — chronique), 288.
— (traitement local de la — chronique), 291.
— (les injections vaginales et intra-utérines dans les —), 291.
— (les injections caustiques dans les —), 293.
— (de la dilatation utérine dans le traitement des —), 293.
— (les éponges aseptiques et médicamentées dans le traitement des —), 295.
— (le curettage dans le traitement des —), 297.
— (emploi du cautère actuel contre les —), 297.
— (les scarifications dans les —), 298
— (le drainage dans les —), 299.
— (l'amputation du col dans les —), 299.
— (l'opération d'Emmet dans la —), 300.
— (l'opération de Schrœder dans la —), 300.
— (les révulsifs dans le traitement des —), 300.
— (l'électricité dans le traitement des —), 301.
— (les pansements utérins dans les —), 301.
— (traitement général des —), 301.
— (traitement hydro-minéral des —), 303.
Métrorrhagies, 506.
Meubles pour examens gynécologiques, 55.
Michaux, 334.
Michon, 223, 226, 228.
Mickulicz, 123, 581.
Microscope en gynécologie (le —), 84.
Milieu opératoire, 97.
— (asepsie du —), 98.
Môles utérines, 386.
Moodgs, 109.

Mosetig, 343.
Muguet de la vulve, 159.
Muller, 450, 472.
Mundé, 11, 428.
Myomectomie, 500.

N

Négrier, 44.
Neisser, 194.
Nélaton, 235, 591.
Neugebauer, 11.
Newmann, 189.
Nicoletis, 447.
Nitot, 137.
Nœggerath, 561, 428, 626.
Nonat, 201, 202, 536.
Norstrom, 141.
Nouveau-nés (hémorragies vulvaires des —), 175.
Nymphomanie, 502.

O

Occhini, 224.
Œdème des grandes lèvres, 154.
— (symptômes de l' —), 155.
— (traitement de l' —), 156.
Oldham, 508.
Ollivier (d'Angers), 175.
Olshausen, 642.
Onimus, 301.
Opérateur et aides, 102.
Opération d'Alexander, 435.
— de Schrœder, 460.
— de Porro, 479.
— d'Emmet, 458.
— de Péan-Segond, 582.
— de Duhrssen, 588.
— (préparatifs pour les —), 100.
Orth, 564.
Orthmann, 564.
Outrepont (d' —), 510.
Ovaires (anatomie), 39.
— (physiologie), 42.
— (ligament de l' —), 40.
— (vaisseaux et hile), 41.
— (structure de l' —), 41.
— (développement), 45.
— (absence des —), 573.
— surnuméraires, 573.
— (arrêt de développement des —), 573.
— (atrophie des —), 573.
— (déplacement des —), 574.
— (métamorphoses de l' —), 626.
— (kystes de l' —), 625.
— (sarcomes de l' —), 656.
— (cancer de l' —), 656.
— (cysto-sarcomes de l' —), 658.
— (épithéliomes de l' —), 660.
Ovaires (tumeurs fibreuses), 663.
— (tubercules de l' —), 664.
— (kystes hydatiques), 665.
Ovariotomie (historique), 667.
— technique opératoire, 669.
— complications, 689.
Ovarite parenchymateuse, 371.
— folliculaire, 371.
— péritonéale, 571.
— simple, 571.
— kystique, 571.
— hémato-kystique, 573.
— hydro-kystique, 573.
Ovulation (physiologie), 45.
Ovule (composition de l' —), 42.

P

Pajot, 404, 524, 526.
Palpation abdominale et toucher rectal, 70.
— et toucher vaginal, 63.
— et cathétérisme utérin, 71.
Parasites de la vulve, 158.
Paroi abdominale (massage de la —), 142.
Parry, 611.
Pavillon de la trompe, 46.
Péan, 117, 164, 171, 212, 224, 285, 308, 322, 327, 333, 334, 351, 359, 372, 387, 388, 465, 479, 481, 485, 550, 554, 582, 668.
Pédicule des kystes ovariens, 646.
— (torsion du —), 647.
— (traitement du —), 485, 681.
Pénil (le —), 2.
Périer, 235.
Périnée chez la femme (le —), 22.
— (déchirures du —), 232.
— (causes de la rupture du —), 232.
— (traitement des déchirures du —), 233,
Périnéorrhaphie (de la —), 236.
— (les procédés opératoires dans la —), 236.
— (instruments nécessaires pour la —), 236.
— (les sutures dans la —), 238, 247, 250.
— (technique opératoire de la —), 239.
— (la — par dédoublement de Lawson-Tait), 240.
— (la — dans les cas de rupture complète du périnée), 243, 248.
— (la — par avivement), 246.
— (soins consécutifs à la —), 252.
Périnéotomie verticale, 580.
— transversale, 580.
Péritoine pelvien (tumeurs végétantes du —), 550.
— (hémorrhagies du —), 615.

Péritoine (suture du —), 683.
Péritoine pelvien chez la femme (le —), 48.
— (rapports du —) et des parois du bassin, 51.
Péritonite pelvienne (de la —), 540.
— étiologie, 541.
— symptômes, 542.
— diagnostic, 543.
— traitement, 545.
— et appendicite, 544.
Permanganate de potasse en gynécologie (le —), 89.
Pessaires (les —), 398.
— (emploi des —), 399.
— (choix du —), 401.
— (les — dans l'antéversion), 407.
— (les — dans la rétroversion), 412.
— (les — dans la rétroflexion), 422.
— intra-utérins, 416.
Petit, 167.
Pfanneustiel, 550.
Phlegmon pelvien (du —), 531.
— (étiologie du —), 531.
— (symptômes), 534.
— (diagnostic), 535.
— (marche, durée, terminaison), 536.
— (traitement), 538.
— du ligament large, 546.
— étiologie, 546.
— symptômes et diagnostic, 547.
— marche, terminaison, 548.
— traitement, 549.
Physométrie, 310.
Pichevin, 167.
Picqué, 587.
Piorry, 407.
Pinard, 612.
Pince fenêtrée, 670, 673.
— à mors, 671.
— à plateau, 672.
— de Doyen, 681.
— de Reynier, 681.
— à griffes (choix d' — pour abaisser le col de l'utérus), 126.
— (usages de la —), 128.
Pinces-clamps de Doyen, 119.
Pince-trocart de Wolfer, 578.
— de Reverdin, 577.
Pinel, 228.
Plaies (avivement des —), 107.
Polk (W.), 440, 495.
Polypes de l'urètre, 186.
— du vagin, 212.
— de l'utérus, 377.
— (anatomie pathologique des —), 377.
— (étiologie des —), 379.
— (symptômes des —), 379.
— intermittents, 380.
— (traitement des —), 382.
Ponction des abcès pelviens, 576.
Porro, 479.
Porte-aiguilles (choix des —), 109.
Position debout pour examen, 54.
Position génu-pectorale pour examen, 59.
— de Trendelenburg, 669.
Postures pour les examens gynécologiques, 53.
Potain, 587.
Pozzi, 8, 117, 487, 559, 578.
Prolapsus du vagin (le —), 203.
— (symptômes du —), 204.
— (variétés du —), 204.
— utérin artificiel, 124.
— de l'utérus, 392.
— (degrés du —), 392.
— (étiologie du —), 393.
— (symptômes du —), 394.
— (complications du —), 395.
— (traitement du —), 397, 402.
— utérin (le colpokleisis contre le —), 448.
— (la colpectomie contre le —), 449.
— de l'urètre, 187.
Prurit de la vulve, 156.
— (étiologie du —), 157.
— (traitement du —), 157.
Puech, 17, 37, 176, 217, 435, 591.
Pyométrie, 310.
Pyo-salpinx, 564, 565.
— (symptômes du —), 565.

Q

Quénu, 472.

R

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments de l'utérus, 437.
Raciborsky, 509.
Radiographie en gynécologie (la —), 84.
Rayer, 217, 218.
Récamier, 72, 136, 297, 335, 462, 465.
Rectocèle vaginale, 206.
Rectum (anatomie), 21.
Replis génitaux, 7.
Rétrécissement de l'urètre, 188.
— du vagin, 219.
— des trompes, 568.
Rétroflexion de l'utérus, 417.
— symptômes, 418.
— traitement, 419.
— (les pessaires dans la —), 422.
Rétroversion de l'utérus, 410.
— (traitement de la —), 412.
Reverdin (Auguste), 109, 137, 577.
Reynier (Paul), 335, 340, 491, 494, 681.
Ricard, 335, 341, 489, 499.

Richelot, 334, 403, 447, 465, 467.
Richet, 187, 229, 252.
Ricord, 73.
Rigal (de Gaillac), 172.
Robin, 285, 318, 349, 551.
Rokitansky, 10.
Rondot, 164, 208, 209.
Rossi, 18.
Roux, 236.
Rudge, 285.
Rupture des kystes ovariens, 649.

S

Saenger, 440.
Saint-Vel, 379.
Salol (emploi en gynécologie), 90.
Salpingectomie abdominale, 585.
— vaginale, 587.
Salpingite tuberculeuse, 561.
— catarrhale, 562.
— végétante, 562.
— blennorrhagique, 563.
— kystique, 564.
— séreuse, 567.
Salpingorrhaphie, 587.
Sanger, 579.
Sappey, 37, 41.
Sarcome de l'utérus, 314.
Saucerotte, 236.
Scanzoni, 11, 68, 188, 173, 223, 224, 229, 234, 393, 509, 569.
Schroeder, 195, 213, 283, 300, 453, 485, 489.
Schroen, 41.
Schultze, 11, 142.
Schwartz, 235.
Scultet, 72.
Segond, 466, 471, 473, 495, 559, 582.
Sillon génital (anatomie), 8.
Simon, 70, 181, 237, 259, 268, 448.
Simpson, 327, 362, 416, 453, 538.
Sims, 60, 74, 94, 110, 122, 126, 192, 226, 228, 254, 257, 259, 309, 333, 404, 518, 523, 525.
Sinéty (de), 573.
Sinus uro-génital (le —), 7.
— (persistance du —), 9.
Skene, 181, 192.
Soie pour sutures, 112.
Sonde utérine de Reverdin, 96.
— de Doléris, 96.
— de Hegar, 130.
— rigides, 79.
— molles, 83.
Spallanzani, 523.
Spatule pour détacher les adhérences (ovariotomie), 676.
Spéculum, 72.
— cylindrique, 73.
Spéculum univalve de Sims, 74.
— dilatateur de Gueillot, 76,
— avec cuvette (le —), 476.
Spéculums urétraux, 181.
— intra-utérins, 135.
Sténose cervicale, 508, 511.
Stérilisation des instruments, 103.
Stérilité (de la), 513.
— (étiologie de la), 513.
— (traitement), 518.
— et atrésie utérine, 519.
— et fausses routes vaginales, 521.
Stockard, 349.
Studley, 412.
Sublimé (emploi du), en gynécologie, 89.
Suppurations pelviennes (traitement des —), 575.
Sutures (modes de —), 107, 112.
— enchevillée (la —), 116.
— à points séparés (les —), 112.
— combinées (les —), 117.
— continues à surjet (les —), 113.
— en bourse (la —), 115.
— continue sous-cutanée (la —), 115.

T

Tables gynécologiques, 56, 98.
Tamponnement vaginal, 120.
— utérin, 122.
— péritonéal, 123.
Tarnier, 507.
Tenaculum de Sims, 126.
Terrier, 334, 442.
Terrillon, 550, 554, 561.
Thomas (Gaillard), 85, 172, 175, 234, 188, 203, 252, 299, 300, 404, 407, 427, 508, 536, 560, 569, 574.
Thrombus de la vulve, 160.
— (symptômes du —), 161.
— (traitement du —), 162.
Tilt, 229.
Torsion du pédicule, 647.
Toucher rectal, 69.
— et palpation abdominale, 70.
— et cathétérisme de la vessie, 70.
— par la méthode de Simon (le —), 70.
— et le cathétérisme utérin (le —), 72.
Toucher vaginal, 65.
— pendant le décubitus (le —), 66.
— debout (le —), 67.
— (le — dans la position latérale gauche), 67.
— (le — chez les vierges), 67.
Trachélorrhaphie, 453.
Tripier, 301.
Trocarts pour ovariotomie, 679.
Trocart de Wolfer, 578.

Trompes (anatomie), 43.
— (rétrécissement des —), 568.
— (distension des —), 569.
— (déplacements des —), 570.
— (cancer des —), 570.
— (tuberculose des —), 570.
— (ablation des —), 586.
— (maladies des —), 558.
— (apoplexie de la —), 566.
— (dilatation —), 568.
Tube de Pozzi pour injections, 94.
Tubercule génital, 7.
Tubercules de l'utérus, 388.
Tubo-ovarien (ligament —), 46.
Tulpius, 461.
Tumeurs de la vulve, 160, 169.
— de l'urètre, 185.
Tumeurs végétantes du péritoine pelvien, 550.
— (traitement), 553.
Tumeurs imaginaires, 654.
Tupelo (la dilatation du col par le —), 130.
Tyler Smith, 510.
Tympanite ovarienne, 654.

U

Ulcérations du col dans la métrite, 286, 288.
Uretères (exploration des —), 182.
Urètre (anatomie), 20.
— (absence), 9, 190.
— (maladies de l' —), 179.
— (cathétérisme de l' —), 179.
— (emploi de spéculums pour l' —), 181.
— (tumeurs de l' —), 185.
— (polypes de l' —), 186.
— (caroncules de l' —), 186.
— (tumeurs vasculaires de l' —), 187.
— (prolapsus de l' —), 187.
— (rétrécissement de l' —), 188.
— (imperforation de l' —), 190.
— (cancer de l' —), 193.
Urétrite, 184.
— (traitement de l' —), 185.
Urétro-vaginales (fistules —), 254.
Urinaires (fistules), 254.
Utérin (tamponnement intra —), 122.
Utéro-sacrés (les ligaments —), 51.
Utérus (anatomie), 23.
— (rapports de l' —), 23.
— (col de l' —), 25.
— (dimensions de l' —), 26.
— (direction de l' —), 26.
— (conformation intérieure de l' —), 27.
— (structure de l' —), 29.
— (vaisseaux et nerfs de l' —), 33.
Utérus (développement de l' —), 35.
— (vices de conformation de l' —), 36.
(bifidité de l' —), 36.
— (arrêt de développement de l' —), 37.
— (hypertrophie de l' —), 38, 305.
— (atrésie de l' —), 38, 309.
— (rôle de l' — dans la menstruation), 43.
— (les ligaments de l' —), 49.
— (le cathétérisme de l' — combiné à la palpation abdominale), 71.
— (du cathétérisme de l' —), 79.
— (l'abaissement de l' — en gynécologie opératoire), 124.
— (maladies de l' —), 273.
— (généralités sur les maladies inflammatoires et infectieuses de l' —), 273.
— bactériologie de la pathologie utérine), 273.
— (anomalies de l' —), 305.
— (atrophie de l' —), 312.
— (cancer de l' —), 313.
— (sarcome de l' —), 314.
— (épithéliome de l' —), 318.
— (des fibro-sarcomes de l' —), 316.
— (des cysto-sarcomes l' —), 317.
— (cancer de l' — et grossesse), 327, 341.
— (fibromes de l' —), 348.
— (polypes de l' —), 377.
— (môles de l' —), 386.
— (kystes de l' —), 388.
— (tubercules de l' —), 388.
— (déplacement de l' —), 391.
— (élévation de l' —), 391.
— (prolapsus de l' —), 392.
— (versions de l' —), 403.
— (antéversion de l' —), 403.
— (rétroversion de l' —), 410.
— (les latéroversions de l' —), 413.
— (flexions de l' —), 413.
— (antéflexion de l' —), 414.
— (rétroflexion de l' —), 417.
— (de l'inversion de l' —), 426, 451.
— (troubles fonctionnels de l' —), 501.

V

Vagin (anatomie), 13.
— (les culs-de-sac du —), 14.
— (muscles du —), 14.
— (bulbe du —), 14.
— (rapports du —), 15.
— (lyre du —), 15.
— (glandes du —), 15.
— (structure du —), 15.
— (physiologie du —), 15.

Vagin (développement du —), 16.
— (absence du —), 16, 214.
— (arrêt de développement du —), 16.
— (ouvertures anormales du —), 18.
— (le tamponnement du —), 120.
— (la columnisation du —), 122.
— (maladies du —), 194.
— (maladies inflammatoires du —), 194.
— (traitement des maladies inflammatoires du —), 199.
— (gangrène du —), 201.
— (abcès du —), 202.
— (prolapsus du —), 203.
— (de la cystocèle du —), 205.
— (de la rectocèle du —), 206.
— (de l'entérocèle du —), 207.
— (tumeurs du —), 208.
— (cancer du —), 208.
— (polypes du —), 212.
— (kystes du —), 213.
— (végétations du —), 214.
— (cloisonnement du —), 17, 214.
— (imperforation du —), 215.
— (étroitesse congénitale du —), 219.
— (retrécissement accidentel du —), 219.
— (ouverture anormale du —), 220.
— (corps étrangers du —), 221.
— (de l'hypéresthésie du —), 223.
— (de la fixation du —), 445.
Vaginale (hystérectomie), 465.
Vaginisme, 223.
— (la stérilité dans le —), 227.
— (traitement du —), 227.
— (de la dilatation dans le —), 228.
— (de la section sous-cutanée du sphincter dans le —), 230.
Vaginite (de la —), 194.
— (symptômes de la —), 196.
— (division des —), 196.
— blennorrhagique des adultes, 196.
— des petites filles (la —), 197.
— sénile (la —), 197.
— chronique, 197.
— symptômes de la vaginite chronique, 197.
— diphtéritique, 198.
— (traitement des —), 199.
Valette, 383.
Valleix, 416.
Valve de Nitot, 137.
— de Auvard, 137.
Végétations vulvaires, 168.
— de l'urètre, 187.
— du vagin, 214.
Veit, 285, 540, 559, 561, 566.
Velpeau, 161, 427.
Verchère, 559.
Verneuil, 186, 229.
Versions de l'utérus, 403.
Vésicules de de Graaf, 42.
— (déhiscence des —), 43.
Vessie (anatomie), 19.
— (cathétérisme, 70.
— (maladies de la —), 179, 191.
— (modes d'exploration de la —), 179.
— (toucher digital de la —), 180.
— (déplacement de la —), 190.
— (corps étrangers de la —), 190.
— (calculs de la —), 190.
— (le toucher digital de la —), 180.
— (ouverture anormale de la —), 9.
Vestibule (anatomie), 4.
Vidal, 169, 178.
Vierges (le toucher chez les —), 67.
Virchow, 11, 173, 508, 531, 637.
Visca, 224.
Vogel, 348.
Voisin (Auguste), 591.
Volkmann, 135.
Vulliet, 133, 142, 265, 267, 293, 299, 331, 342, 365, 402.
Vulve (anatomie), 1.
— (état rudimenlaire de la —), 8.
— (malformations de la —), 8.
— (atrésie de la —), 9.
— (désinfection), 91.
— classification des maladies de la —), 147.
— (les inflammations de la —), 148.
— (maladies cutanées), 156.
— (maladies parasitaires), 156.
— (prurit de la —), 156.
— (herpès de la —), 158.
— (eczéma de la —), 158.
— (acné de la —), 158.
— (muguet de la —), 156.
— (tumeurs de la —), 160.
— (thrombus de la —), 160.
— (esthiomène de la —), 163.
— (cancer de la —), 164.
— (kraurosis de la —), 166.
— (tumeurs érectiles de la —), 167.
— (végétations de la —), 168.
— (tumeurs enkystées de la —), 169.
— (fibromes de la —), 170.
— (hypertrophie —), 172.
— (hémorragies de la —), 175.
— (atrésie de la —), 176.
Vulvite simple, 148.
— folliculeuse, 148.
— traumatique des jeunes mariées, 149.
— (traitement), 150.
— des petites filles, 151.
— blennorrhagique, 151.
Vulvo-vaginales (abcès des glandes —), 152.

W

Waldeyer, 318, 626.
Wells (Spencer), 624.
Webth, 612.
West, 536.
Westermack, 564.
Wiedow, 579.
Wolfer, 578.
Wormser, 450.
Wylie, 439.

Z

Zuckerkandl, 519.
Zweifel, 611.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

COUNTWAY LIBRARY
HC 266J T